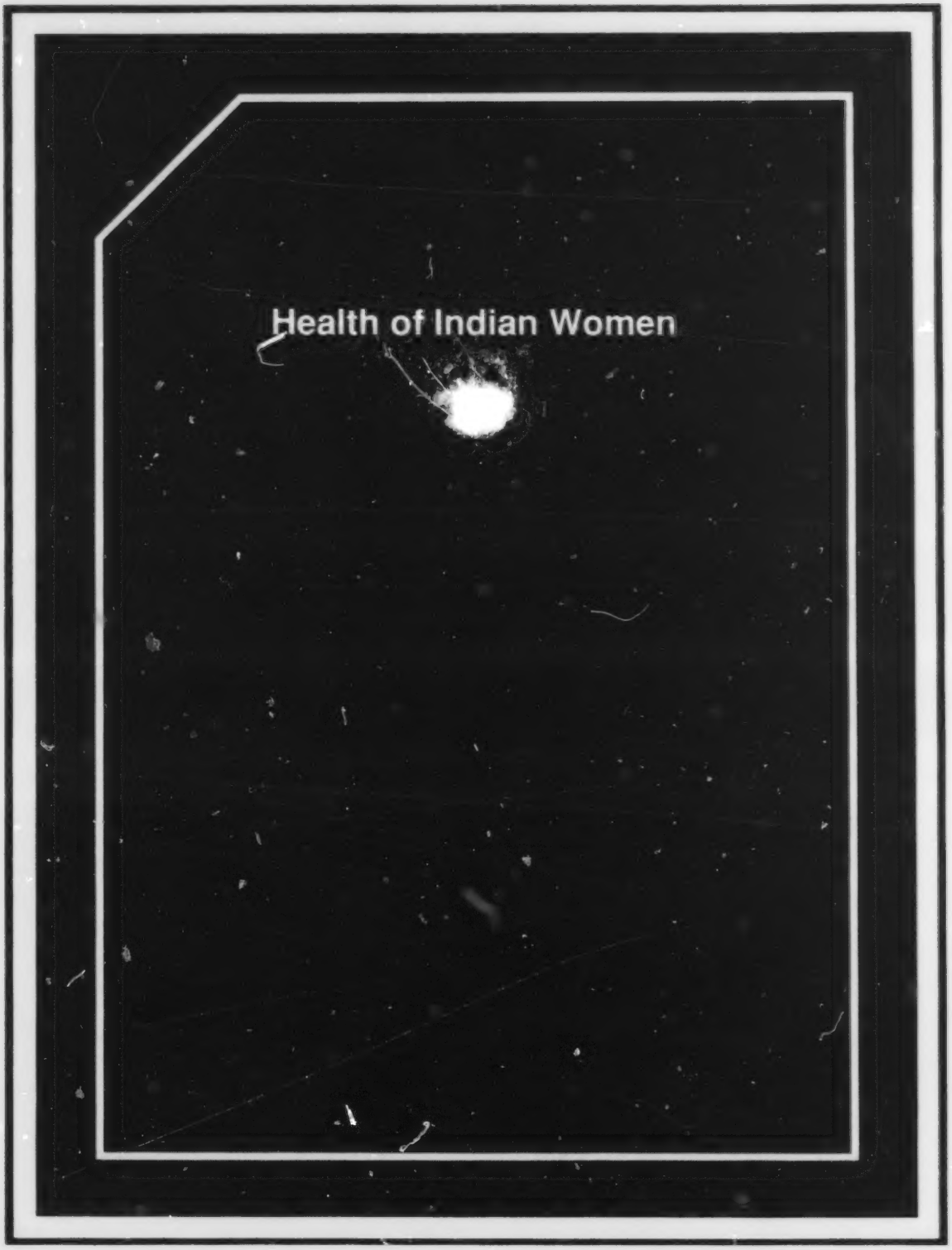
Indian and Northern Affairs Canada
Affaires indiennes et du Nord Canada



Canada

HEALTH OF INDIAN WOMEN

by

Catherine McBride
Quantitative Analysis and Socio-demographic Research
Finance and Professional Services
Indian and Northern Affairs Canada

and

Ellen Bobet
Demographics and Statistics
Medical Services Branch
Health and Welfare Canada

based on the presentation to
The Canadian Public Health Association
81st Annual Conference
Toronto, Ontario
June, 1990

93-02240/

Published under the authority of the
Hon. Tom Siddon, P.C., M.P.,
Minister of Indian Affairs and
Northern Development,
Ottawa, 1992.

QS-3520-000-EE-A1
Catalogue No. R32-122/1992E
ISBN 0-662-19921-9

© Minister of Supply and Services Canada

Cette publication peut aussi être obtenue
en français sous le titre:

La santé des femmes indiennes

HIGHLIGHTS

Indian women need different types of health services because the status Indian population is younger than the Canadian population. Indian women are aging into their child-bearing years while Canadian women are aging into retirement. As a result, Indian women are more likely to need health services aimed at mothers and children while their Canadian counterparts need services associated with old age.

Indian women seem to have a high level of problems relating to pregnancy and childbirth. Over half of Indian mothers are under 25 years of age and about half of these women smoke during pregnancy. This increases the risk of miscarriage or premature births and also increases the likelihood that the infant will be of low birth weight or subject to Sudden Infant Death Syndrome.

Indian women are slightly less likely than other Canadian women to die of cancer. They are far more likely to die from infectious diseases, respiratory problems or accidents and violence. As well, Indian women are slightly more likely than Canadian women to die from diseases of the circulatory system, while Indian men are at about the same risk as other men in Canada.

In terms of socio-economic conditions, Indian dwellings, particularly on-reserve, are more likely than Canadian dwellings to be without central heating. As well Indians are more likely than other Canadians to live in crowded dwellings.

Status Indians of both sexes are considerably more likely than other Canadians to have less than grade 9 education, one definition of functional illiteracy. Over two-fifths of Indian women living on-reserve have less than grade 9 education while only one-fifth have at least a high school diploma.

Less than one-quarter of Indian women on-reserve are employed compared to one-half of all Canadian women. As well, Indian women have one of the lowest average individual incomes in Canada: $8,800 in 1985 compared to $10,400 for Indian men and $12,600 for Canadian women.

Distinct differences in the health and socio-economic conditions of Indian women as compared to men point to the importance of considering women's needs separately in order to more effectively target public health programs to those most at risk.

TABLE OF CONTENTS

I. **Introduction**

Questions to be Addressed 1

II. **Demographics**

1. The Status Indian Population 3
2. Location of Indian Reserves 4
3. Age Structure of the Population 5

III. **Health Conditions**

4. Reproductive Health 7
5. Life Expectancy at Birth 8
6. Main Causes of Death 9
7. Death Rates from Accidents and Violence 10
8. Suicide Rates 11
9. Death Rates from Circulatory Diseases 12
10. Death Rates from Cancers 13
11. Death Rates from Respiratory Diseases 14

IV. **Social Conditions**

12. Housing Conditions 15
13. Highest Level of Education 16
14. Employment Rates 17
15. Average Individual Income 18

V. **Conclusions**

Implications for Public Health Programs 19

VI. **Methodological Notes and Sources**

1. Demographics 21
2. Health Conditions 21
3. Social Conditions 23

VII. **Data Tables** 25

I. INTRODUCTION

QUESTIONS TO BE ADDRESSED

Differences in the health of men and women can be masked in global analyses of health issues. It is important to recognize that women face different health problems, and therefore require different types of health services. This paper examines some of these differences, particularly as they relate to Indian women. The paper is based on the presentation made by the authors to the Canadian Public Health Association's annual conference in June, 1990. Although it is published by the Department of Indian Affairs and Northern Development (DIAND), it represents a joint effort between DIAND and Health and Welfare Canada (HWC).

The analyses performed in this paper focus on status (or registered) Indians, the population served by DIAND and HWC. By status Indian, we mean any individual who is recognized as a status Indian by virtue of treaty or the *Indian Act*. In the paper, we examine three questions as they relate to the health of status Indian women in Canada:

1. How does Indian women's health compare to that of other groups?
2. What might explain the observed differences in health?
3. What are the implications for planning and delivering health programs?

To address the first question, we compare the health of Indian women to that of Canadian women and Indian men. The main topics examined are reproductive health and main causes of death. The Indian health statistics included here are based primarily on Medical Services Branch (HWC) data. These data cover approximately 64% of the status Indian population of Canada, with a slight bias towards the on-reserve population. A more complete description of the coverage and limitations of the data is included in Section VI, "Methodological Notes and Sources".

In examining the second question, we note that Indian women are younger and have higher fertility rates than other Canadian women. As well, Indians face different socio-economic conditions, particularly on-reserve. Both the Indian and Canadian data included here are based on INAC customized data from the 1986 Census. Due to coverage problems with the census, approximately 45,000 individuals on-reserve are not included in these statistics. A more complete description of the limitations of the data is included in Section VI, "Methodological Notes and Sources".

The third question is addressed in Section V, "Implications for Public Health Programs".

II. DEMOGRAPHICS

1. The Status Indian Population

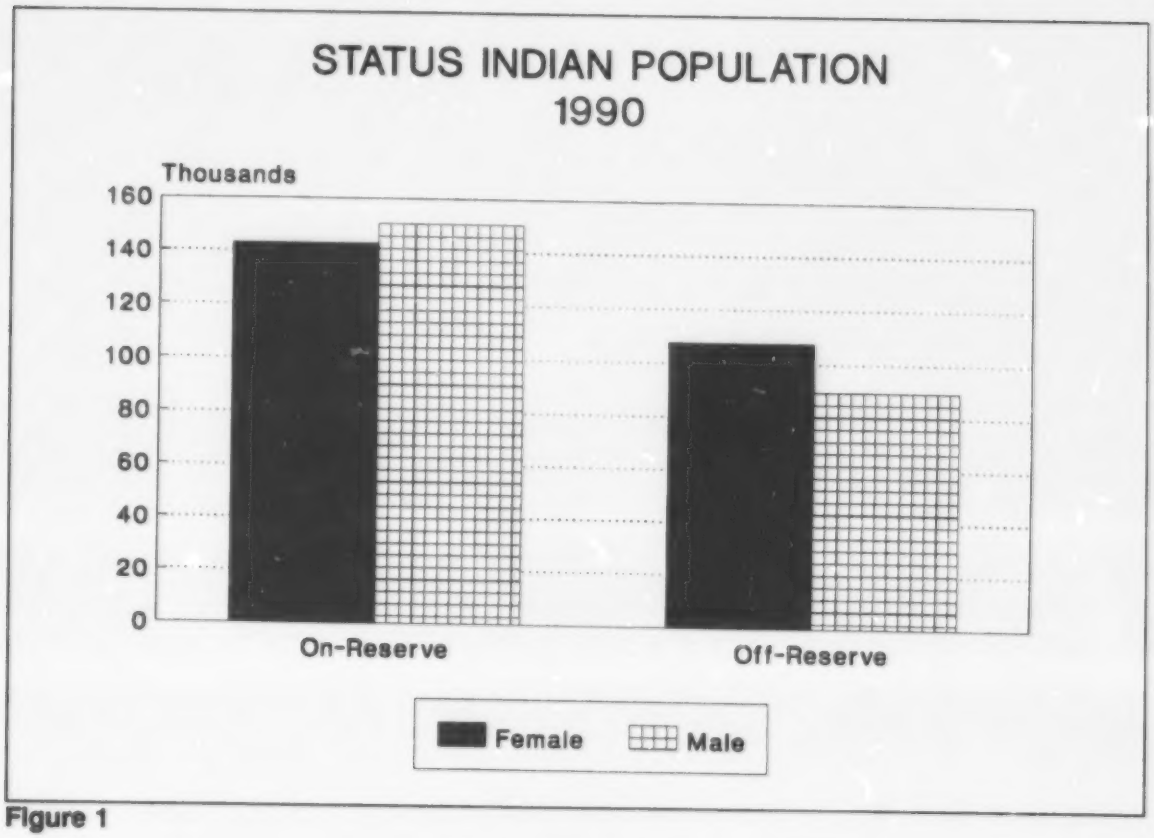


Figure 1

As of December 31, 1990, there were 490,200 status Indians in Canada, representing approximately 2 percent of the Canadian population.

Sixty percent of all status Indians live on-reserve. However, of the status Indian population, women are more likely than men to live off-reserve, 43 percent compared to 37 percent.

Currently, the status Indian population has a growth rate that is twice times that of the Canadian population. Because of the increases in the population due to Bill C-31, the proportion of status Indians living off-reserve is increasing; at the same time, the actual number of Indians on-reserve is growing. These trends will lead to increased demand for health services, both on and off-reserve.

2. Location of Indian Reserves

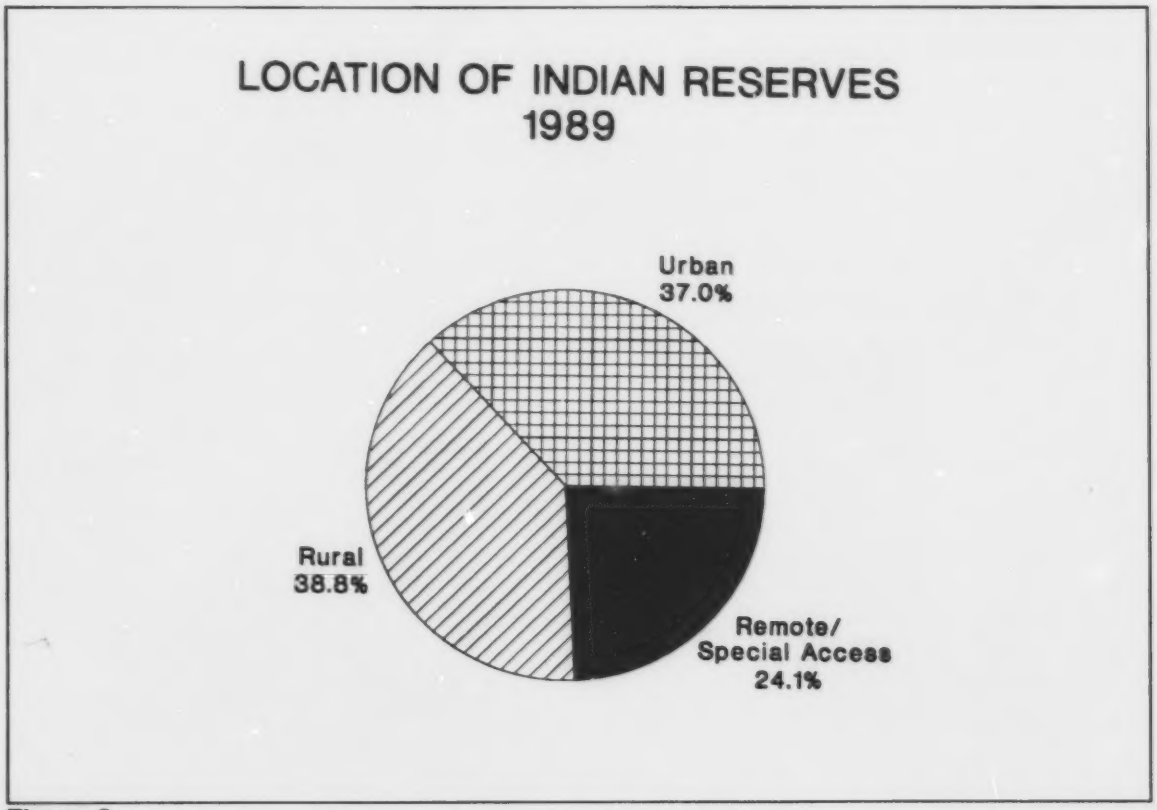


Figure 2

Only slightly over one-third of all reserves are located in urban areas. In fact, one-quarter are in remote or "special access" areas, meaning that they are far from urban centres, have small populations, and may be accessible only by air or by road only for part of the year.

This has an effect on health services: for the almost two-thirds of the status Indians who live on rural or remote reserves, health services are less likely to be accessible and are more expensive to provide.

The remote location of many reserves also has an effect on the nutrition of status Indians due to the unavailability of certain foods and the high cost of shipping food to these areas.

3. Age Structure of the Population

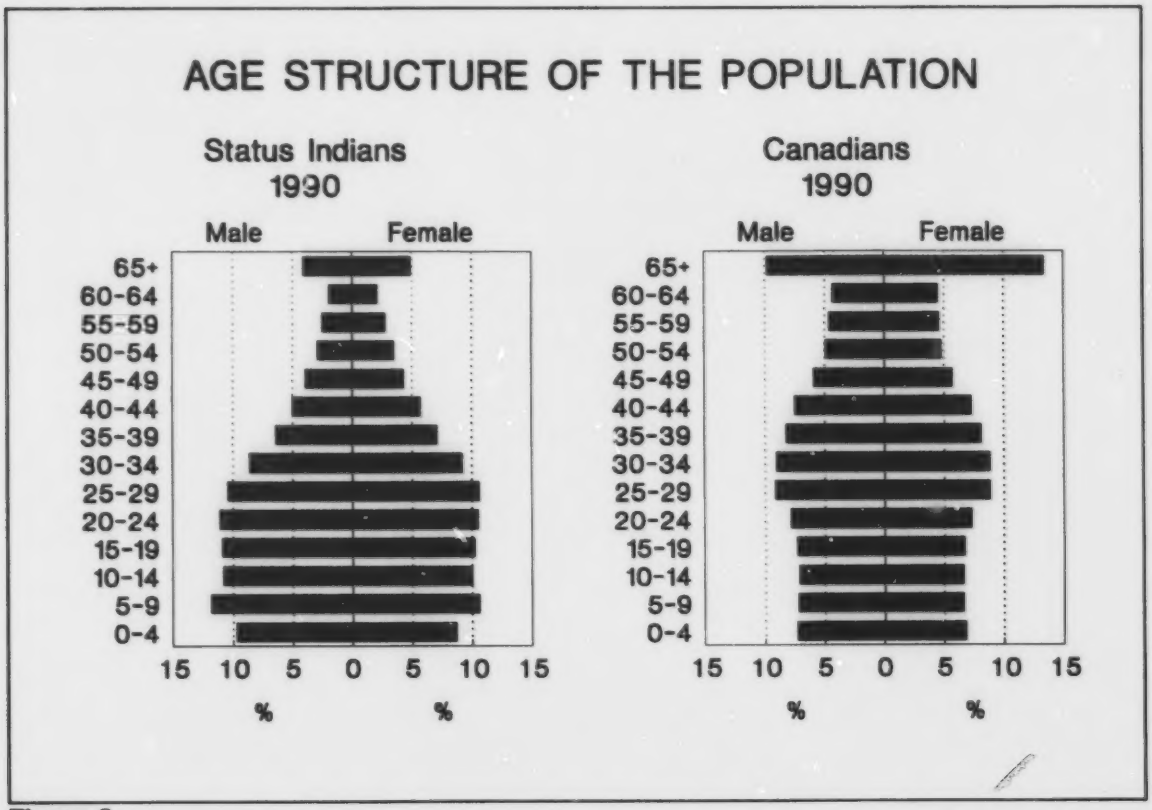


Figure 3

One reason why Indian women need different types of health services is that the status Indian population is younger than the Canadian population, resulting in differences in the types of diseases most commonly faced by the two groups. As a population, Indians are more likely to suffer from childhood diseases and are less likely to develop cancers and other diseases associated with older ages.

Indian women are aging into their child-bearing years while Canadian women are aging into retirement. As a result, Indian women are more likely to need health services aimed at mothers and children while more Canadian women need services associated with old age. As well, each Indian woman is having more babies than her non-Indian counterpart. Therefore, the need for reproductive health services, already greater in the Indian population due to its age structure, is increased even more by the higher Indian fertility rate.

Some examples of the types of services needed by a younger population include prenatal care and education, alcohol and drug treatment programs, mental health services, accident prevention programs, and family violence prevention programs. The Medical Services Branch of Health and Welfare Canada is already providing programs in many of these areas. However, for Indian women, the demand for these services will be higher than for other Canadians because the population is younger.

III. HEALTH CONDITIONS

4. Reproductive Health

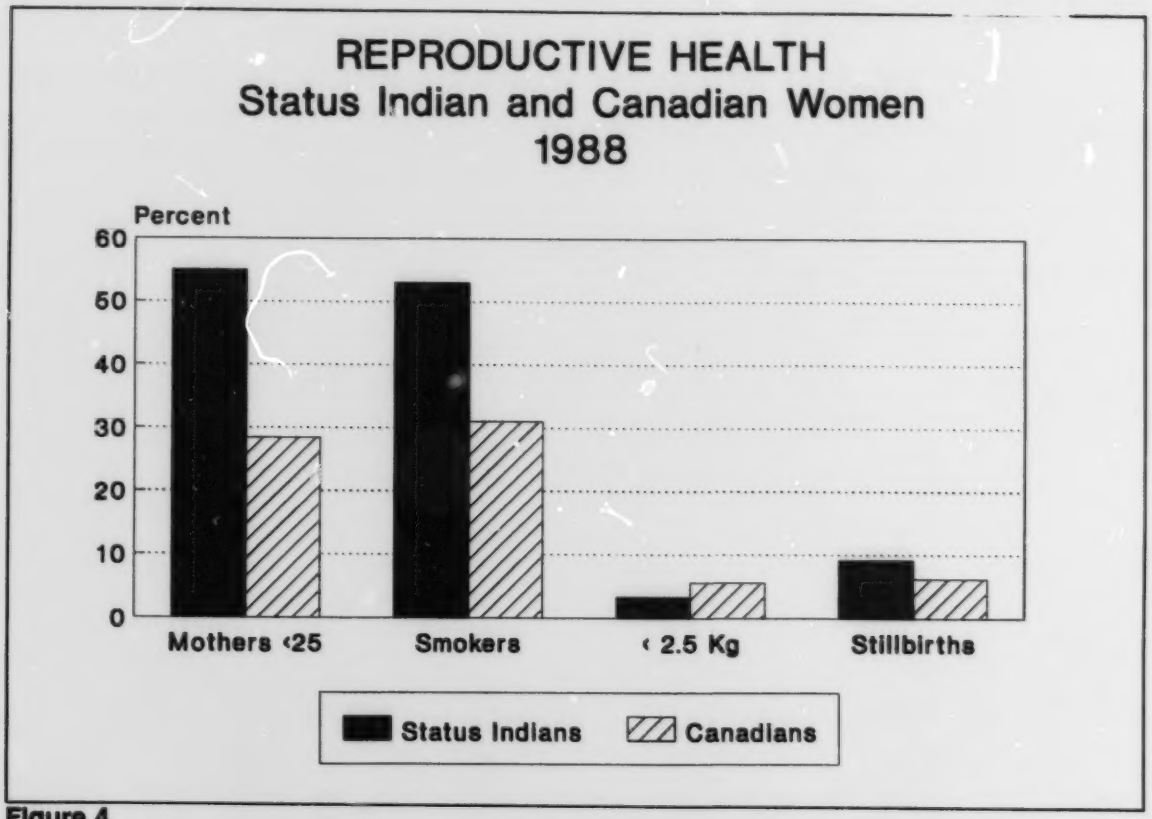


Figure 4

Because the Indian population is younger and has higher fertility rates, it is important to consider the reproductive health of Indian women.

Research for the on-reserve Indian population in 1988 suggests that Indian mothers are younger: about 55 percent are under 25 years old and 8.7 percent are under 18 years old. Comparable figures for the non-native population are 28 percent and 1.2 percent.

About half of the Indian mothers living on-reserve smoke during pregnancy. This increases the risk of miscarriage or premature birth and also increases the likelihood that the infant will be of low birth weight or subject to Sudden Infant Death Syndrome. The proportion of smokers is much lower among non-Indian women.

Although infant mortality rates have fallen dramatically, stillbirth ratios have not decreased over the past 10 years. Since stillbirths can be a reflection of the mother's health, nutrition, and lifestyle (smoking/drug use), this may indicate a need for improved nutrition and health promotion programs for Indian mothers.

Indian women seem to be somewhat less likely than average to breastfeed. In 1988, about 61% of Indian women breastfed their infant at birth. Women in northern areas were more likely to breastfeed than those in Eastern Canada. The women least likely to breastfeed are those whose infant is likely to be particularly at risk, namely those mothers who smoke, those who are young, women who already have 5 or more children and those whose infant was of low birth weight.

Partly as a result of the factors listed above, infant mortality rates are still very high (almost double the Canadian rate). Infant mortality has a major impact on life expectancy which helps to explain why the life expectancy of Indian people is considerably lower than average.

5. Life Expectancy at Birth

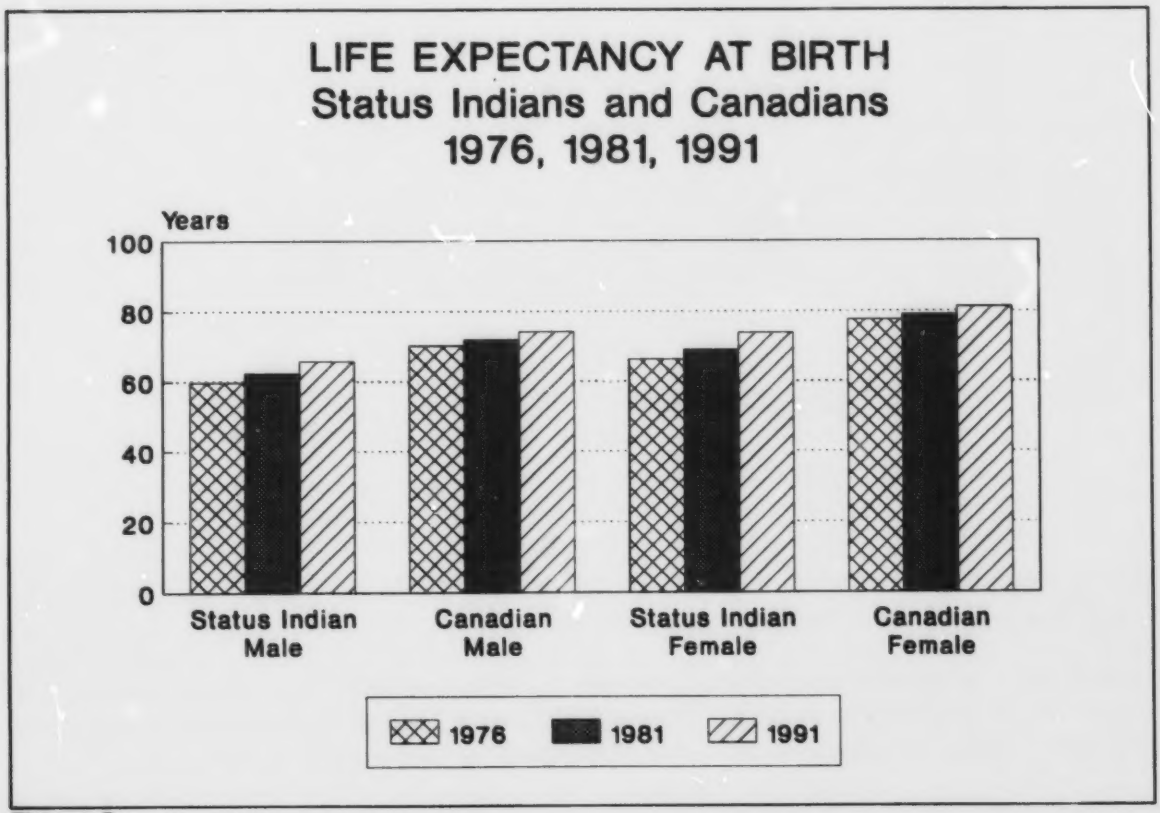


Figure 5

Indians currently live about 10 years less than non-Indians.

Although the gap has narrowed considerably over time, there is still a large difference. Part of this is due to high infant mortality rates in the Indian population, but there are also other reasons. Indian women are more likely to die from causes that kill people at young ages, such as accidents.

As well, even when they die of the same causes as the population in general, they tend to die from them at younger ages.

6. Main Causes of Death

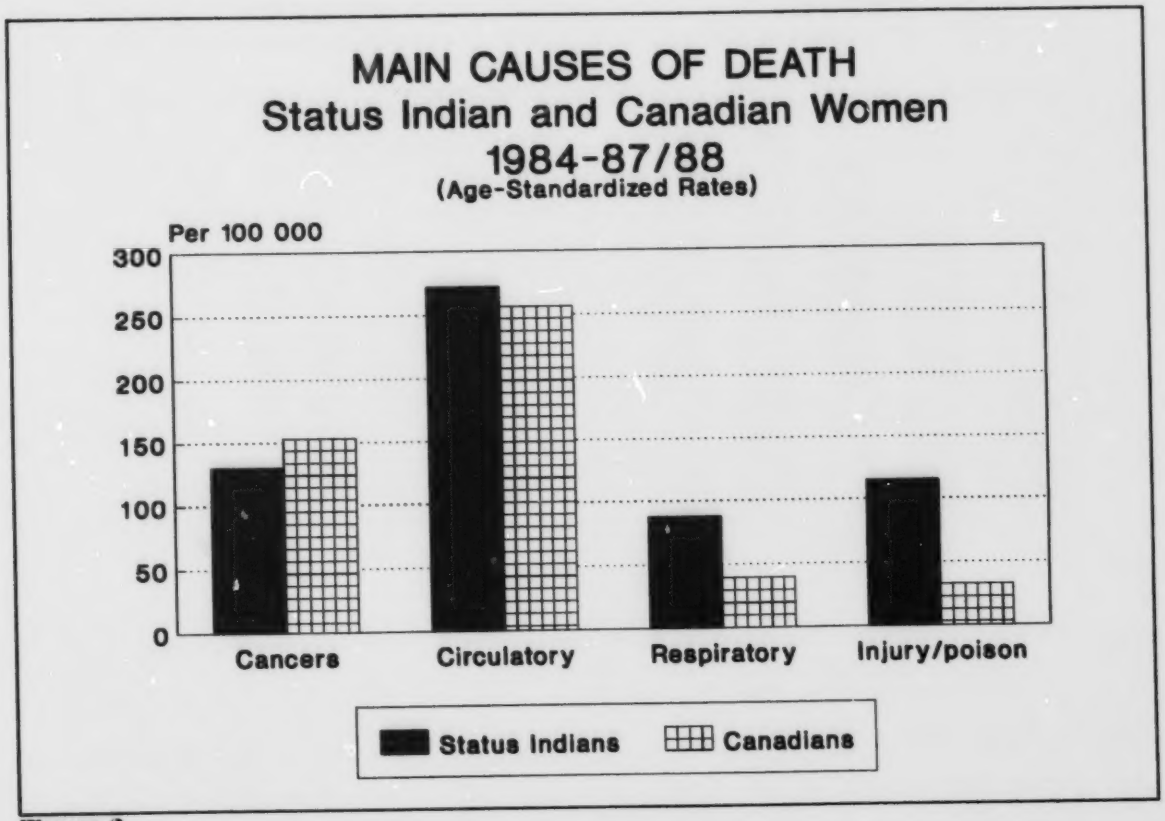


Figure 6

The four main causes of death in Canada today are diseases of the circulatory system (e.g. heart disease, strokes), neoplasms (cancers), accidents and violence, and diseases of the respiratory system (e.g. pneumonia, bronchitis).

Although the four main causes of death are the same for the Indian population and the Canadian population in general, there are definite differences in the relative importance of each cause. In particular, Indian women are slightly less likely than average to die of cancer but they are far more likely to die from infectious diseases, respiratory problems, or accidents and violence.

The next four sections examine the main causes of death in greater detail.

7. Death Rates from Accidents and Violence

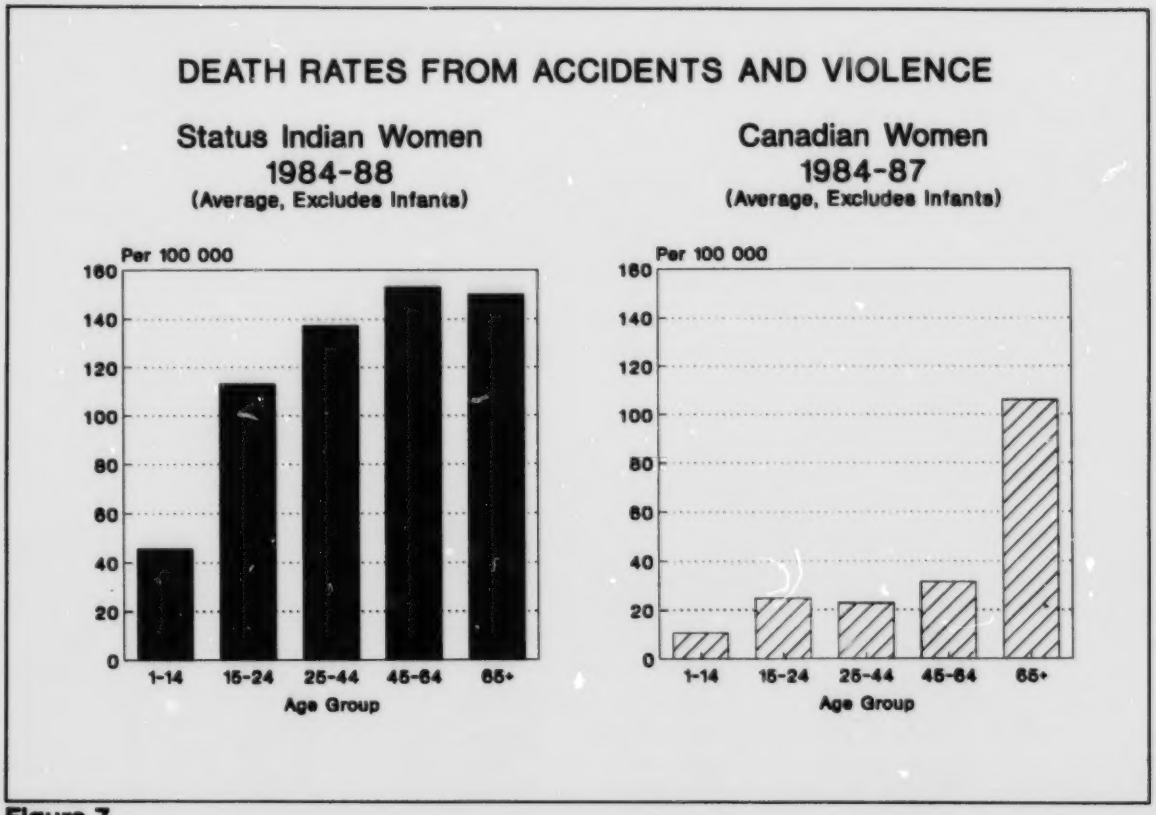


Figure 7

Deaths from accidents and violence are of particular interest, because they are preventable.

Death rates from accidents have decreased over time, but are still far higher than average: up to age 65, Indian women are about four times more likely than Canadian women to die from accidents or violence.

As compared to the Canadian population, there is a distinct difference in the ages at which fatal accidents are most likely to occur. In the Canadian population as a whole, older women are at higher risk of dying from accidents while, for Indian women, the risk is high from age 15 onwards.

Almost one-fifth of the "violent" deaths among Indian women are, in fact, suicides.

8. Suicide Rates

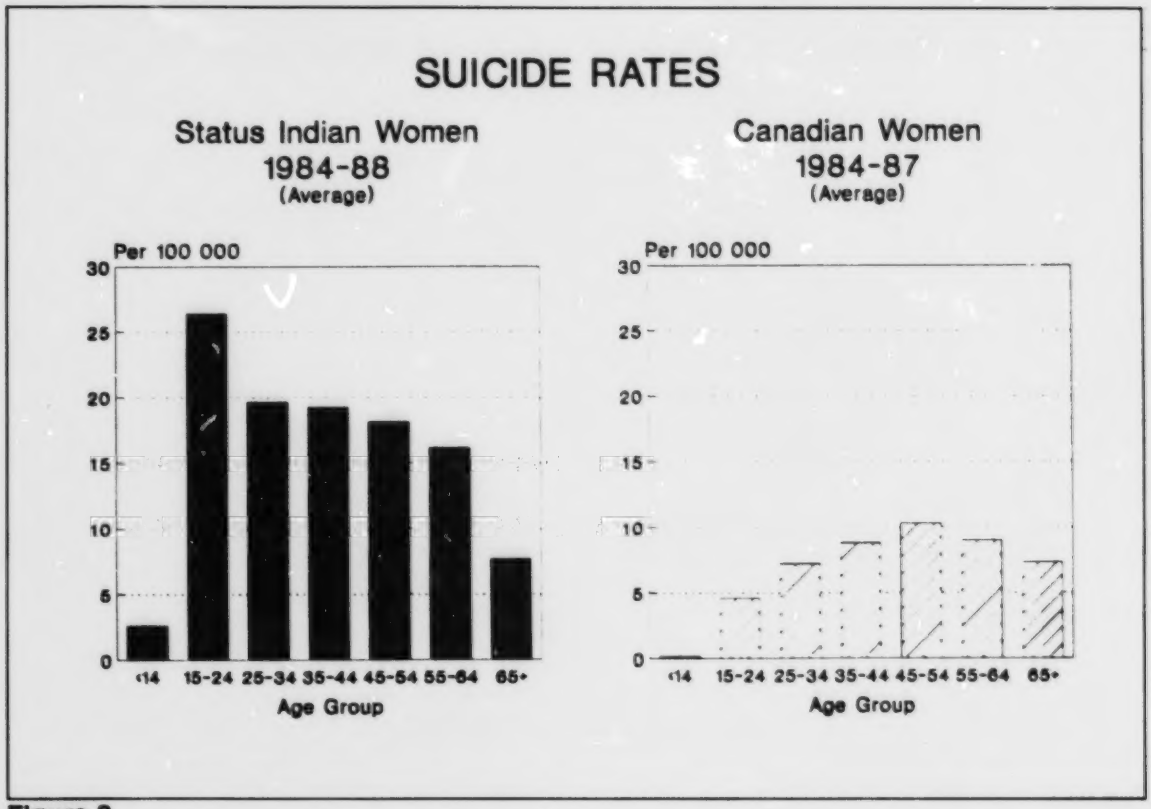


Figure 8

Women are less likely to commit suicide than men: in the Indian population, the female suicide rate is about one-quarter the male rate. However, the suicide rate among Indian women is more than double the national average (for women) and shows no signs of decreasing.

There is a difference in the age at which Indian women are most likely to commit suicide: rates are highest among young adults, then decline slowly throughout all the adult years until age 65. This is not the case for Canadian women for whom the risk of suicide is highest between the ages of 45 and 54.

High suicide and accident rates may be related to the poor economic and social conditions faced by Indian women. These conditions are described in the second portion of this paper.

9. Death Rates from Circulatory Diseases

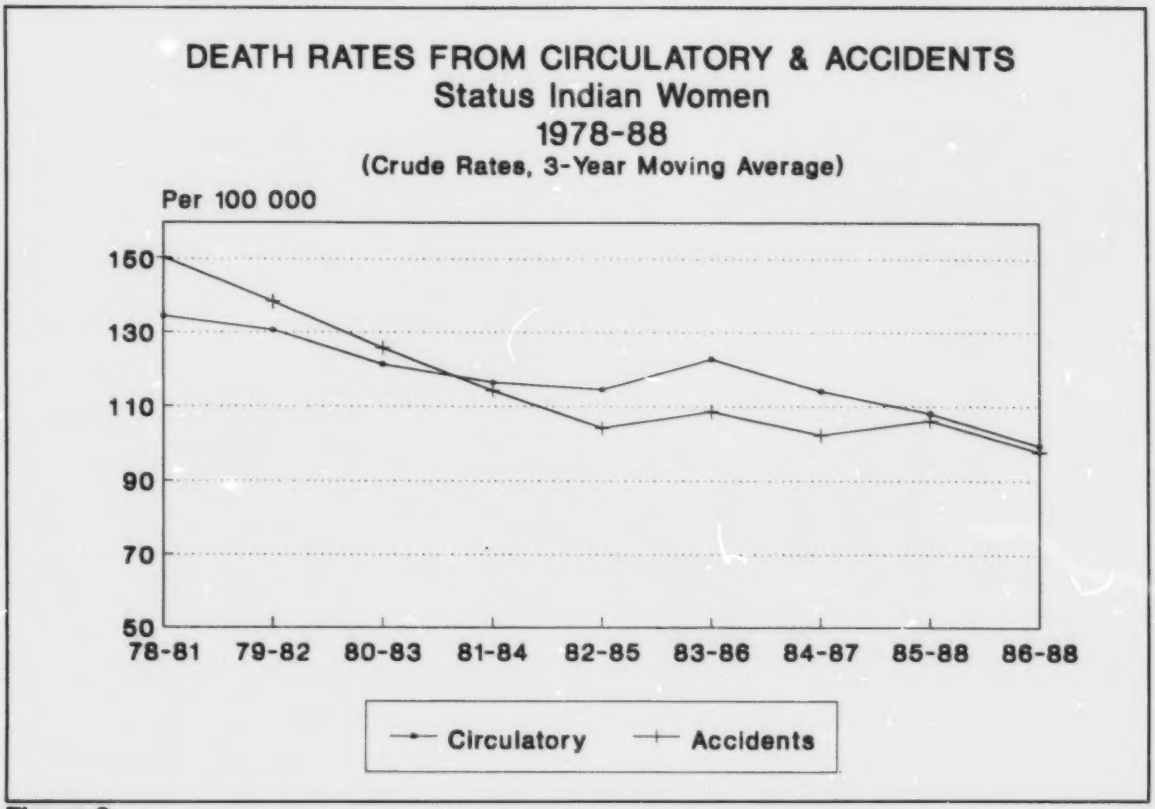


Figure 9

Around 1981, diseases of the circulatory system replaced accidents and violence as the most frequent cause of death among Indian women.

In general, women are less likely than men to die from diseases of the circulatory system. However, Indian women are slightly more likely than Canadian women in general to die from diseases of the circulatory system, while Indian men are at about the same risk as other men in Canada.

Diseases of the circulatory system appear to be more prevalent among Indian people living in Eastern Canada. Because of the relationship between these diseases and risk factors such as smoking behaviour, overweight, and diabetes, rates of circulatory system disease seem likely to increase in the future.

10. Death Rates from Cancers

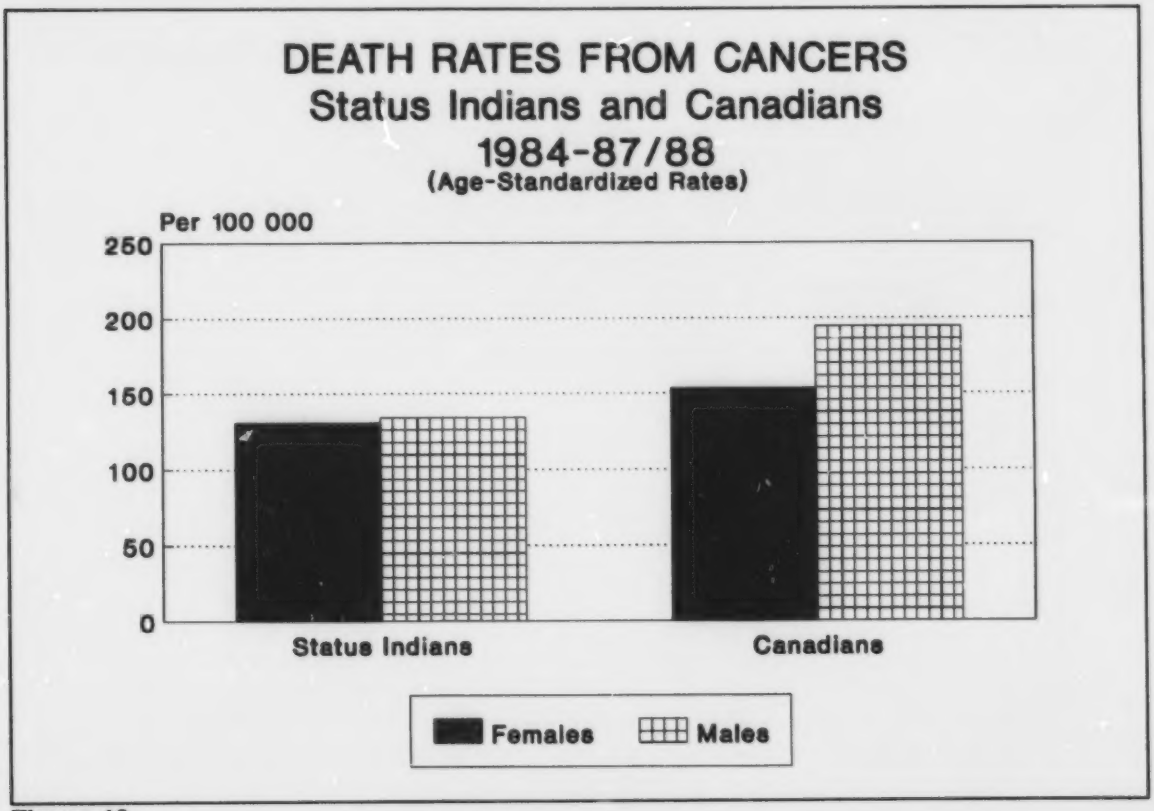


Figure 10

In general, Indian men are considerably less likely than average to die of cancer while Indian women are at only slightly less risk than Canadian women. Among men, the age-standardized death rate from cancer is 45 percent lower for Indians than for the Canadian population as a whole; for women, the difference is 17 percent.

For Canadians of all ages, death rates from cancer are significantly higher for men than for women. This pattern is not evident in the Indian population where little difference is noted between the sexes. In fact, women's rates exceed male rates between ages 45 and 54, raising the possibility of an excess number of deaths from cancer for Indian women at this age.

The causes of these differences are unknown. However, cervical and uterine cancers are one possible explanation for the high incidence of cancer in middle-aged Indian women, because of the age at which they tend to be developed. It is known that in Saskatchewan, Indian hospitalization rates for cervical cancer are extremely high. Various other studies also suggest that Indian women are more likely than average to develop cancer of the gallbladder or kidney and less likely to develop breast cancer.

11. Death Rates from Respiratory Diseases

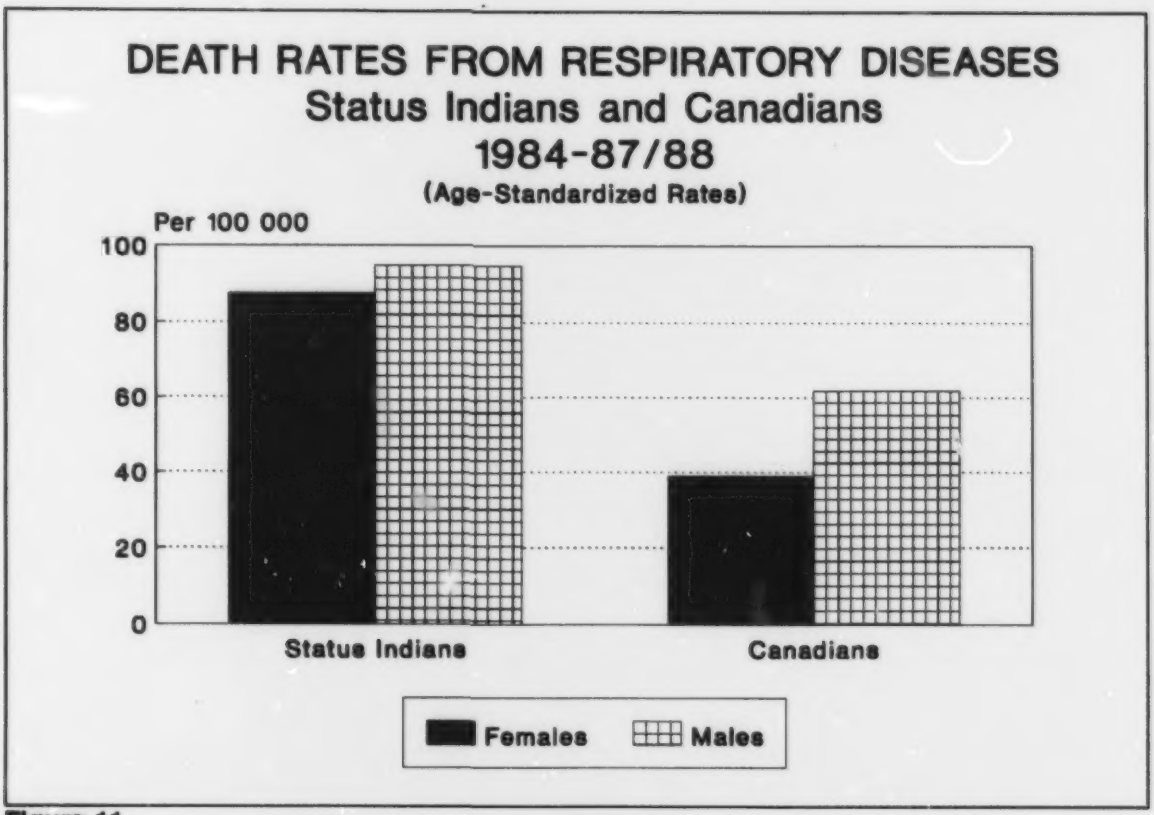


Figure 11

Deaths from diseases of the respiratory system (usually pneumonia or bronchitis) are primarily a problem among infants and the elderly. In the Canadian population as a whole, women are less likely than men to die of respiratory diseases. This difference is much less pronounced in the Indian population.

Indian death rates from respiratory diseases are now about one quarter of what they were in 1960. Despite this, they remain far higher than for other Canadians and have not decreased since 1979.

Some studies of Indian communities have found links between the incidence of respiratory diseases, as well as infectious diseases, and housing conditions such as central heating, running water, and crowding. These studies and those examining other health conditions show that there is a relationship between health and socio-economic conditions. For this reason, the next portion of this paper examines some socio-economic conditions of Indian women.

IV. SOCIAL CONDITIONS

12. Housing Conditions

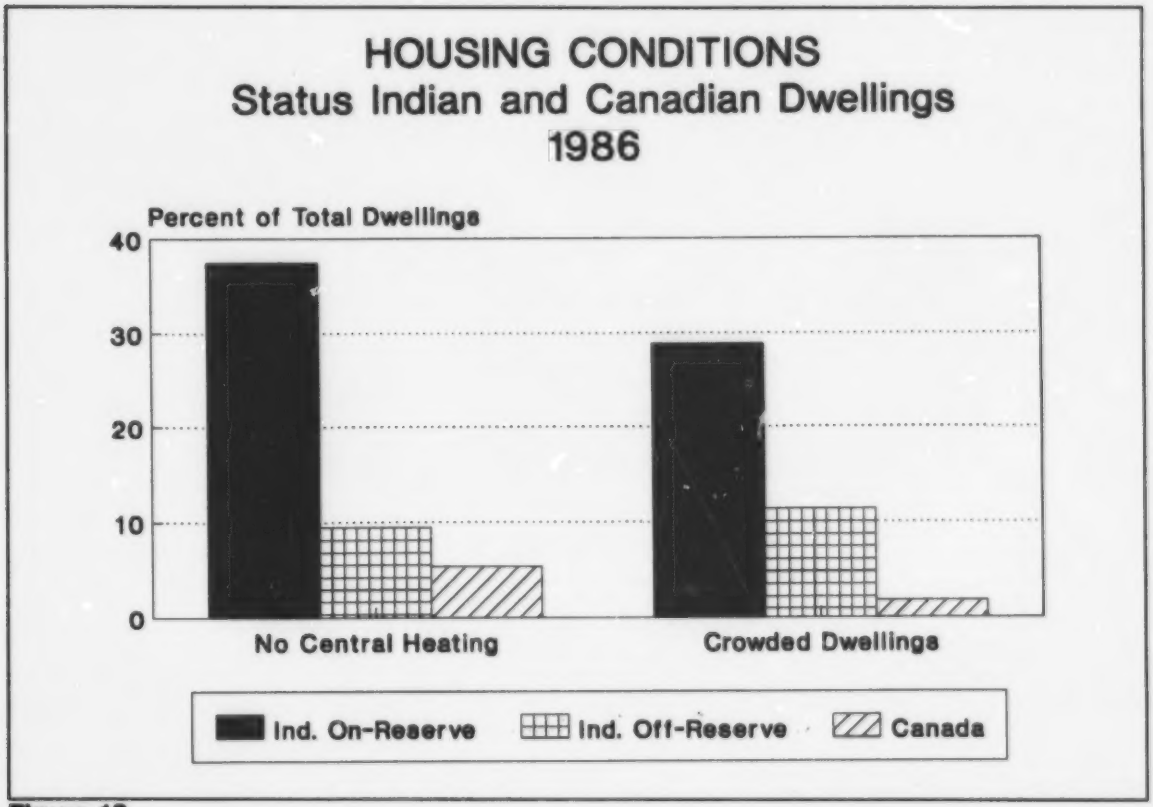


Figure 12

The proportion of Indian dwellings on-reserve without central heating is seven times greater than the Canadian rate and four times higher than the rate for Indian dwellings off-reserve. As well, the incidence of crowded dwellings amongst status Indians is considerably higher than the Canadian figure. Approximately six times more Indian dwellings off-reserve and sixteen times more Indian dwellings on-reserve are crowded.

Historically on-reserve dwellings have also had lower rates of running water and poorer sewage systems than other Canadian dwellings. However, there has been a dramatic increase in the proportion of Indian dwellings with running water and sewage systems in the last decade. In 1989, 86 percent of dwellings on-reserve had adequate water supply, compared to slightly over half in 1977. As well, the proportion of dwellings with adequate sewage disposal increased considerably, from 47 percent in 1977 to 79 percent in 1989.

13. Highest Level of Education

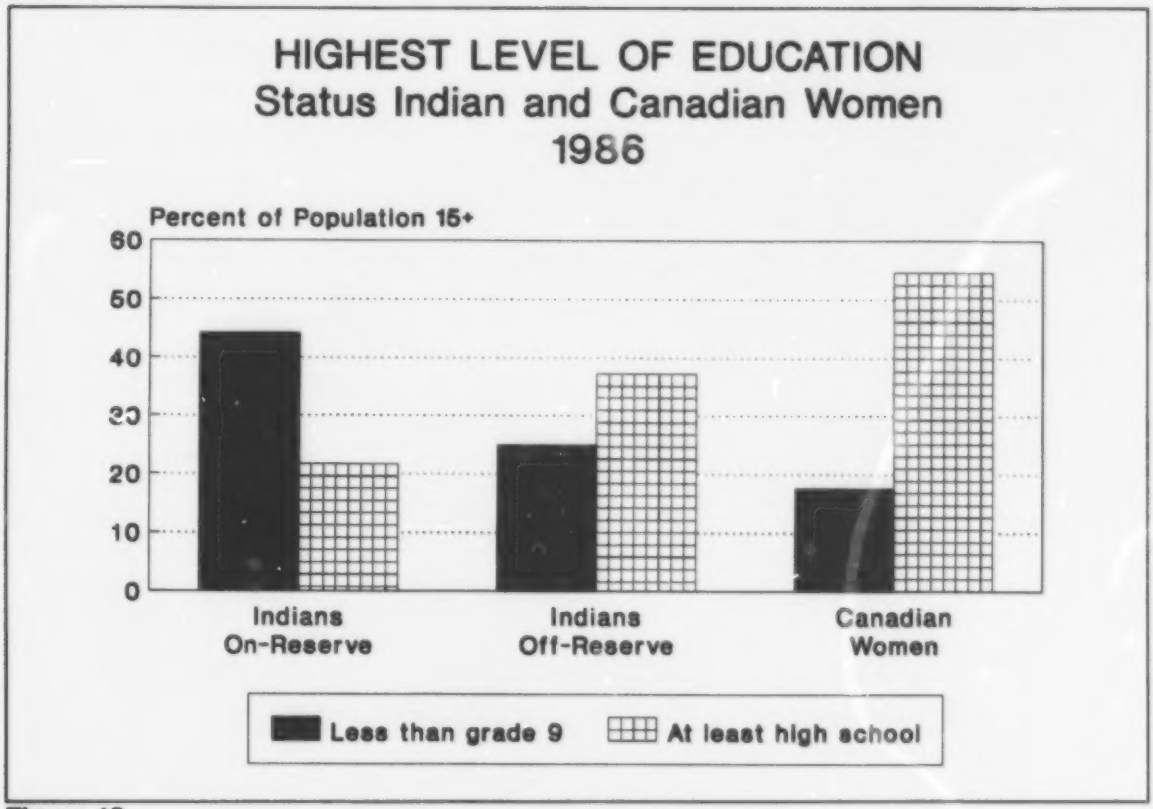


Figure 13

Status Indians of both sexes are considerably more likely than other Canadians to have less than grade 9 education, one definition of functional illiteracy.

The differences in educational attainment between men and women are roughly the same for both Canadians and Indians. There are, however, major differences between these groups.

Over two-fifths of Indian women living on-reserve have less than grade 9 education while only one-fifth have at least a high school diploma.

By comparison, less than one-fifth of Canadian women have less than grade 9 education while over one-half have at least completed high school.

14. Employment Rates

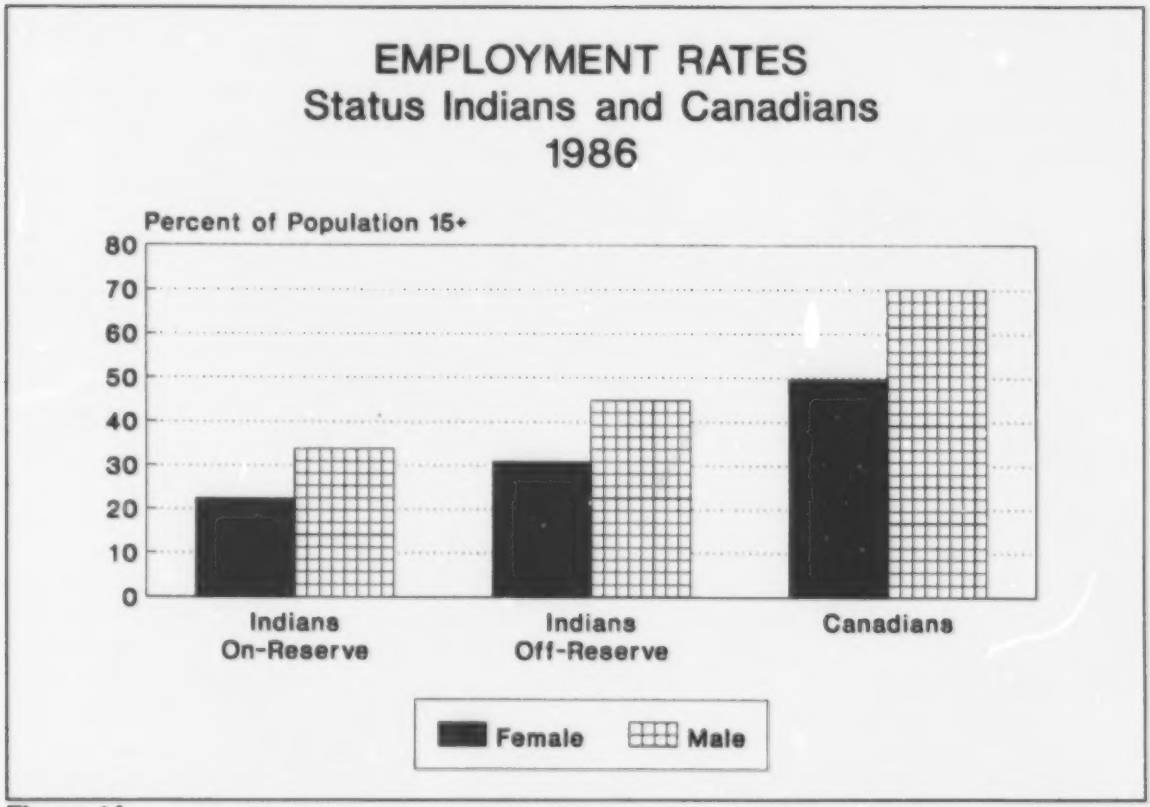


Figure 14

While a higher percent of all women over the age of 15 than men are not in the labour force, status Indian women have the lowest level of labour force participation of the groups examined. Almost two-thirds (62%) of registered Indian women aged 15 or older are not in the labour force, compared to 40 percent of Canadian women. As well, twice the proportion of status Indian women than Canadian women are unemployed, twelve percent compared to six percent.

For all groups, the employment rate of men is approximately one and a half times that of women.

Less than one-quarter of Indian women on-reserve are employed, compared to one-half of all Canadian women. Employment opportunities increase off-reserve where almost one-third of all Indian women over the age of 15 have jobs.

15. Average Individual Income

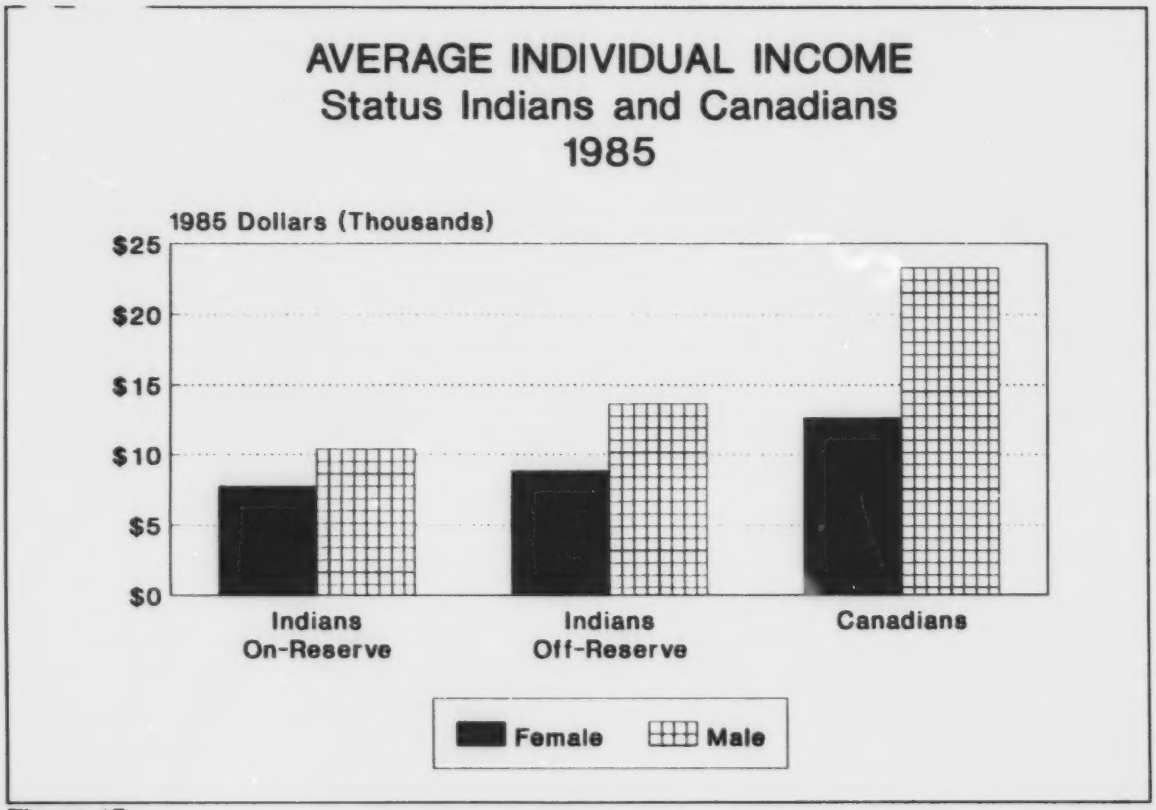


Figure 15

In 1985, women's incomes were lower than men's and Indian incomes were lower than Canadian. As a result, status Indian women have the lowest average individual incomes of the population examined here: $8,800 in 1985, compared to $10,400 for Indian men and $12,600 for Canadian women.

However, the gap between the sexes was smaller for Indians than for all Canadians, particularly for Indians on-reserve. This is due to the fact that more people on-reserve, particularly more women, obtain most of their income from government transfer payments, which equalizes the gap between the sexes at the lower income levels.

There is a proven relationship between level of income and health status. For example, Wilkens et al found that Canadians in the lowest income groups have shorter life expectancies and higher infant mortality rates than those in higher income groups.[1] A look at historical incomes in constant dollars shows that the average incomes of status Indians are decreasing. This fact has serious implications for the health and nutrition of status Indians in Canada.

---

[1]Russell Wilkens, Owen Adams & Anna Brancker, "Changes in Mortality by Income in Urban Canada from 1971 to 1986," *Health Reports, vol. 1, no. 2*, p. 137-174.

V. CONCLUSIONS

IMPLICATIONS FOR PUBLIC HEALTH PROGRAMS

In summary, Indian women face very different social conditions than other Canadian women. As a group, they tend to be younger and their mortality patterns are quite different from those of both Indian men and Canadian women.

A large proportion of Indian women are in their childbearing years and have high fertility rates. As discussed in the section on reproductive health, they also seem to have a high level of problems relating to pregnancy and childbirth. This suggests a continuing need for prenatal and post-natal care to improve nutrition, to address lifestyle concerns such as smoking and to encourage breastfeeding amongst high-risk mothers.

High accident and suicide rates at all ages indicate a need to improve conditions, particularly on reserves, and to reduce risk factors throughout the adult years. As there is strong evidence of alcohol involvement in many of these accidental deaths, programs to address alcohol and drug abuse should continue to be a large component of such services. Efforts to prevent accidents and suicides are likely to be particularly important in view of low income and employment levels.

There is some indication of excess cancer mortality among Indian women aged 45-64. This suggests a need for improved screening, as early detection may improve survival rates.

Although Indian housing conditions have improved significantly, the continuing high rates of respiratory diseases indicate a need for further improvement.

Since the literacy rate of Indian women is low, especially on-reserve, health education programs should not depend on written material, but rather, should reach their audiences through some other means.

Distinct differences in the health and socio-economic conditions of Indian women as compared to men point to the importance of considering women's needs separately in order to more effectively target public health programs to those most at risk.

VI. METHODOLOGICAL NOTES AND SOURCES

1. Demographics

Data Sources

Data on the on and off-reserve status Indian population as of December 31, 1990, are taken from *Indian Register Population by Sex and Residence, 1990*, published by Quantitative Analysis and Socio-demographic Research (QASR), Department of Indian Affairs and Northern Development. Data on the status Indian population by age and sex are taken from Indian Registry statistics held by QASR.

Data on the Canadian population are taken from *Population Projections for Canada, Provinces and Territories, 1986-2011*, Statistics Canada Catalogue Number 91-520.

Data on the geographic location of Indian reserves are taken from *Basic Departmental Data, 1990*, published by QASR, Department of Indian Affairs and Northern Development.

2. Health Conditions

Data Sources

Data on the main causes of death of status Indians for the years 1978-1988 are taken from records of the Medical Services Branch (MSB), Health and Welfare Canada.

Data on the main causes of death of Canadians for the years 1984-1987 originate in Statistics Canada and are provided to MSB courtesy of Health and Welfare's Laboratory Centre for Disease Control. These data can also be found in *Vital Statistics, vol. IV, Causes of Death*, Statistics Canada Catologue Number 84-203.

Data on the reproductive conditions of status Indians are taken from a variety of sources.

Information on the percentage of Indian mothers under 25, mothers who smoke, and the factors associated with breastfeeding is drawn from: Neima Langner, *National Database on Breastfeeding among Indian and Inuit Women: Survey of Infant Feeding Practices from Birth to Six Months, Canada, 1988. Final Report, April 1990*,(Ottawa: Medical Services Branch, Health and Welfare Canada, 1990).

Data on low birth weight and stillbirths among Indian people are drawn from Medical Services Branch statistics for 1988.

Data on age of mothers in Canada are provided by Canadian Centre for Health Statistics, Statistics Canada. Figures are for 1988 and exclude Newfoundland.

Data on low birth weight infants in Canada are provided by Canadian Centre for Health Statistics, Statistics Canada. Figures are for 1988.

Data on smokers in Canada are based on: Stephens, T. and Craig, C.L., *The Well-Being of Canadians: Highlights of the 1988 Campbell's Survey*, (Ottawa: Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1990: Table 15). Refers to women aged 15 to 44, in 1988.

Data on the life expectancy at birth of status Indians for 1976, 1981 and 1991 are taken from *Basic Departmental Data, 1990*, published by QASR, Department of Indian Affairs and Northern Development.

Data on the life expectancy at birth of Canadians for 1976, 1981 and 1991 are taken from *Vital Statistics*, Statistics Canada, Catalogue Number 84-206.

Methodological Notes

The health data compiled by Medical Services Branch refer to status or registered Indians only. While analyses based on these data are consistent with other sources of information on Indian health, the reader should be aware that not all Indian people are included in the data, and that coverage varies somewhat from province to province.

The figures included in this report are based on data provided by the various regional offices of Medical Services Branch, which are located in each province (with the exception of the Atlantic Regional

Office, which serves all four Atlantic provinces). The availability of Indian health data, which varies somewhat from one province to another, is outlined below.

Atlantic provinces and Ontario: These provinces collect data for registered Indians living on reserves. Persons residing off-reserve are not included in the statistics.

Quebec: Collects data for Indian people living on reserves, with some exclusions, including the communities covered under the James Bay and Northern Quebec agreement and a number of other communities not directly served by Medical Services Branch health personnel.

Manitoba, Saskatchewan, Alberta, Yukon: The data cover all registered Indians in the province, both on- and off-reserve.

British Columbia: Until 1985, data was compiled for all registered Indians in the province. From 1985 onwards, no data were available. Consequently, B.C. is missing from the overall figures beginning in 1985.

Northwest Territories: Consists of data for all registered Indians, up to and including 1986. As a consequence of the transfer of health services from federal administration to the Government of N.W.T., data are no longer provided to Medical Services Branch. Therefore, the overall figures do not include N.W.T. Indians after 1986.

Because 1988 data for Canadians were not available at the time this report was prepared, most of the figures for Canada cover the 1984-1987 period. Similar data for status Indians are five-year averages for the years 1984 to 1988.

3. Social Conditions

Data Sources

Data on water supply and sewage disposal for dwellings on-reserve are taken from *Basic Departmental Data, 1990*, published by QASR, Department of Indian Affairs and Northern Development.

All other data on the social and economic conditions of both status Indians and Canadians are taken from INAC Customized Census Data, 1986, held by QASR, Department of Indian Affairs and Northern Development.

Methodological Notes

There are some limitations to census data with regards to the under-representation of status Indians, both on- and off-reserve, which affect the validity of the numbers used in this report.

Ninety Indian bands, or 136 reserves, did not take part in the 1986 Census. These communities represented an estimated 45,000 people. These refusals resulted in a significant under-representation of on-reserve Indians in the Census data.

In the development of the INAC customized census data, QASR used questions 7 and 17 of the 1986 Census to identify the population which best fitted the *Indian Act* definition of a registered Indian. There was a respondent problem with question 7 which has been minimized sufficiently for the data to be used.

At the time of the 1986 Census, major changes to the size and characteristics of the Indian population were coming into effect as a result of the introduction of Bill C-31. The Bill contains amendments to the sections of the *Indian Act* which deal with band membership and the granting of status. It aims to eliminate discrimination based on gender and marital status and to restore status to those who are eligible. It is not known how persons affected by the Bill answered questions 7 and 17 which determine the registered Indian count.

VII. DATA TABLES

Table 1

THE STATUS INDIAN POPULATION

1990

LOCATION	FEMALE Number	Percent	MALE Number	Percent
On-Reserve	142,960	48.8	150,244	51.2
Off-Reserve	107,454	54.6	89,520	45.4
TOTAL	250,414	51.1	239,764	48.9

Table 2

LOCATION OF INDIAN RESERVES

1989

GEOGRAPHICAL ZONE	STATUS INDIANS Number	Percent
Urban	103,562	37.0
Rural	108,511	38.8
Remote/Special Access	67,590	24.1
TOTAL	279,663	100.0

Table 3

AGE STRUCTURE OF THE POPULATION

Status Indians
1990

AGE GROUP	WOMEN Number	WOMEN Percent	MEN Number	MEN Percent
0-4	21,786	8.7	23,158	9.7
5-9	26,580	10.6	28,178	11.8
10-14	24,981	10.0	25,894	10.8
15-19	25,513	10.2	26,046	10.9
20-24	26,200	10.5	26,715	11.1
25-29	26,523	10.6	25,031	10.4
30-34	22,950	9.2	20,530	8.6
35-39	17,775	7.1	15,396	6.4
40-44	14,182	5.7	12,078	5.0
45-49	10,816	4.3	9,295	3.9
50-54	8,717	3.5	7,036	2.9
55-59	6,997	2.8	5,977	2.5
60-64	5,243	2.1	4,546	1.9
65 +	12,149	4.9	9,884	4.1
TOTAL	250,414	100.0	239,764	100.0

All Canadians
1990

AGE GROUP	WOMEN Number	WOMEN Percent	MEN Number	MEN Percent
0-4	908,300	6.8	956,400	7.3
5-9	892,000	6.6	937,600	7.2
10-14	881,100	6.6	927,400	7.1
15-19	902,900	6.7	948,600	7.3
20-24	986,800	7.3	1,018,800	7.8
25-29	1,187,700	8.8	1,185,000	9.1
30-34	1,182,200	8.8	1,165,600	9.0
35-39	1,087,600	8.1	1,065,900	8.2
40-44	984,200	7.3	976,000	7.5
45-49	771,400	5.7	770,700	5.9
50-54	641,000	4.8	633,300	4.9
55-59	614,400	4.6	599,900	4.6
60-64	602,700	4.5	557,900	4.3
65+	1,796,200	13.4	1,279,100	9.8
TOTAL	13,438,300	100.0	13,022,300	100.0

Table 4

REPRODUCTIVE HEALTH

Status Indian and Canadian Women
(Percent)

CATEGORY	INDIANS	CANADIANS
Under Age 25	55.0	28.4
Smokers	53.0	31.0
Birth Weight < 2.5 kg	3.3	5.6
Stillbirths	9.1	6.2

Data on Indian mothers under age 25 and smokers are based on Neima Langer, *National Database on Breastfeeding among Indian and Inuit Women: Survey of Infant Feeding Practices from Birth to Six Months, Canada, 1988, Final Report, April 1990,* (Ottawa: Medical Services Branch, Health and Welfare Canada, 1990).

Data on Canadian women smokers refer to women aged 15 to 44 in 1988. Based on T. Stephens and C.L. Craig, *The Well-Being of Canadians: Highlights of the 1988 Campbell's Survey,* (Ottawa: Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1990: table 15).

Table 5

LIFE EXPECTANCY AT BIRTH

Status Indians and Canadians
1971, 1981, 1991

GROUP	1976	1981	1991
Status Indian Male	56.8	62.4	65.7
Status Indian Female	66.3	68.9	73.9
Canadian Male	70.2	71.9	74.1
Canadian Female	77.5	79.0	81.2

Table 6

MAIN CAUSES OF DEATH

Status Indian and Canadian Women
1984-87/88
(Age-standardized rates per 100,000)

CAUSE OF DEATH	INDIANS	CANADIANS
Cancers	130.5	153.4
Circulatory	271.6	256.2
Respiratory	87.5	39.0
Injury/Poison	115.1	31.2

Table 7

DEATH RATES FROM ACCIDENTS AND VIOLENCE

Status Indian and Canadian Women
1984-87/88
(Average rate per 100,000, excluding infants)

AGE GROUP	INDIANS	CANADIANS
1-14	45.4	10.6
15-24	113.0	24.8
25-44	137.0	22.8
45-64	153.0	31.5
65 and over	150.0	106.0

Table 8

SUICIDE RATES

Status Indian and Canadian Women
1984-87/88
(Average rate per 100,000)

AGE GROUP	INDIANS	CANADIANS
14 and under	2.6	0.2
15-24	26.4	4.6
25-34	19.6	7.2
35-44	19.2	8.8
45-64	18.1	10.3
55-64	16.1	9.0
65 and over	7.7	7.3

Table 9

DEATH RATES FROM CIRCULATORY AND ACCIDENTS

Indian Women
1978-88
(Crude rates per 100,000; 3-year moving average)

YEAR	CIRCULATORY	ACCIDENTS
1978-81	134.4	150.4
1979-82	130.6	138.3
1980-83	121.3	125.7
1981-84	116.5	114.2
1982-85	114.5	104.2
1983-86	122.7	108.6
1984-87	114.1	102.3
1985-88	108.1	106.2
1986-88	99.4	97.8

Table 10

DEATH RATES FROM CANCERS

Indians and Canadians
1984-87/88
(Age standardized rates per 100,000)

GROUP	FEMALE	MALE
Status Indians	130.5	134.2
Canadians	153.4	194.3

Table 11

DEATH RATES FROM RESPIRATORY DISEASES

Indians and Canadians
1984-87/88
(Age standardized rates per 100,000)

GROUP	FEMALE	MALE
Status Indians	87.5	94.8
Canadians	39.0	61.9

Table 12

HOUSING CONDITIONS

Status Indian and Canadian Dwellings
1986
(Percent of total dwellings)

CONDITIONS	INDIANS ON-RESERVE	INDIANS OFF-RESERVE	ALL CANADIANS
No Central Heating	37.5	9.5	5.4
Crowded Dwellings	28.9	11.3	1.8

Table 13

HIGHEST LEVEL OF EDUCATION

Status Indian and Canadian Women
1986
(Percent of population 15 and over)

CONDITIONS	INDIANS ON-RESERVE	INDIANS OFF-RESERVE	ALL CANADIANS
Less than grade 9	44.3	25.0	17.6
At least high school	21.7	37.3	54.6

Table 14

EMPLOYMENT RATES

Status Indians and Canadians
1986
(Percent of population 15 and over)

GENDER	INDIANS ON-RESERVE	INDIANS OFF-RESERVE	ALL CANADIANS
Female	22.3	30.8	49.6
Male	33.7	44.9	70.0

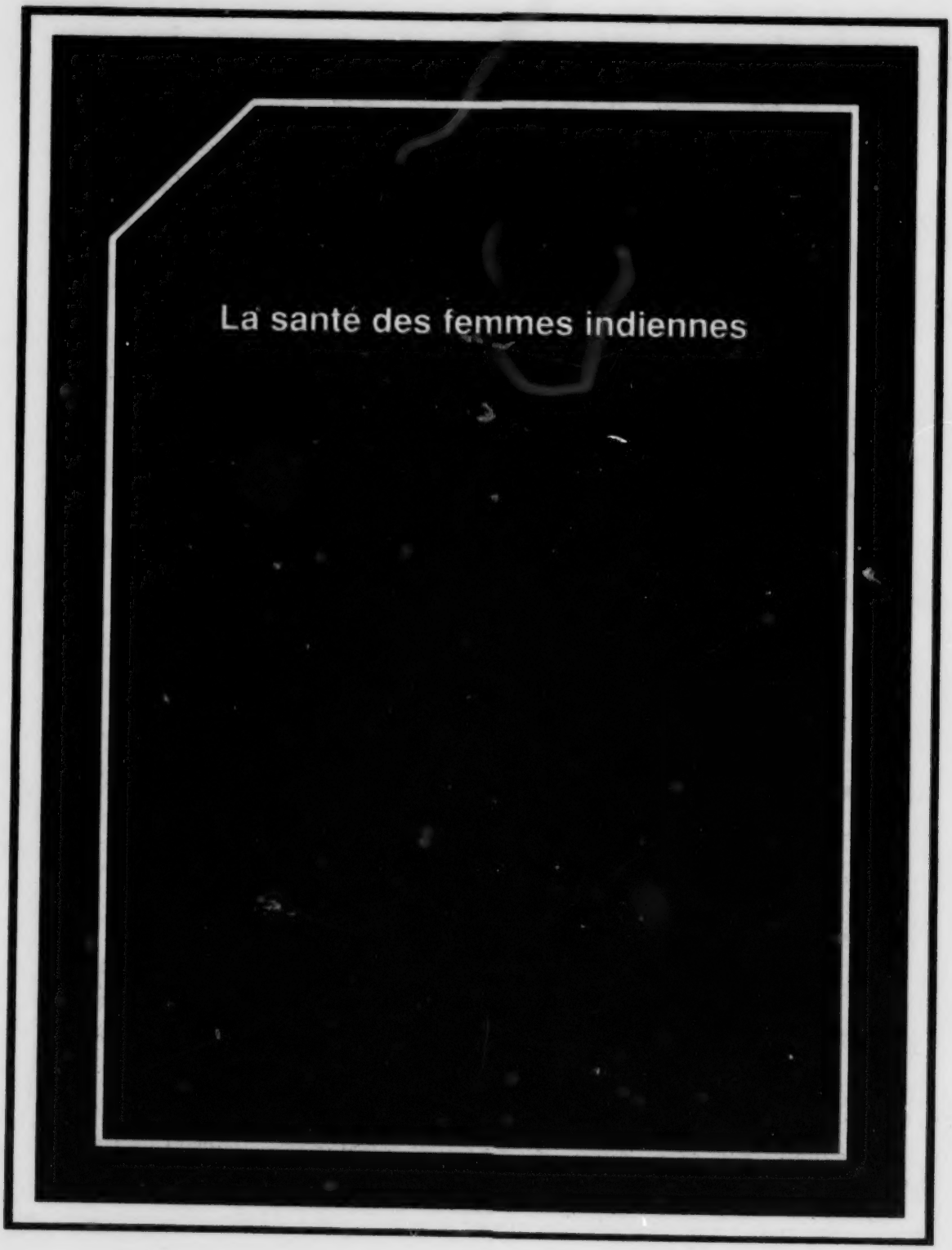
Table 15

AVERAGE INDIVIDUAL INCOME

Status Indians and Canadians
1985
(1985 dollars)

GENDER	INDIANS ON-RESERVE	INDIANS OFF-RESERVE	ALL CANADIANS
Female	$7,756	$8,848	$12,615
Male	$10,362	$13,649	$23,265

Affaires indiennes et du Nord Canada
Indian and Northern Affairs Canada



La santé des femmes indiennes

Canada

LA SANTÉ DES FEMMES INDIENNES

par

Catherine McBride
Analyse quantitative et recherche socio-démographique
Finances et services professionnels
Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien

et

Ellen Bobet
Démographie et statistiques
Direction générale des services médicaux
Santé et Bien-être social Canada

d'après la présentation faite au
81e congrès annuel de
l'Association canadienne de santé publique
Toronto (Ontario)
Juin 1990

Publié avec l'autorisation de
l' hon. Tom Siddon, c. p., député,
ministre des Affaires indiennes
et du Nord canadien,
Ottawa, 1992.

QS-3520-000-FF-A1
Nº de catalogue R32-122/1992F
ISBN 0-662-97761-0

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada

This publication is also available in
English under the title:

Health of Indian Women

La relecture et la mise en forme de la version française
ont été confiées aux Traductions Tessier S.S.C.

FAITS SAILLANTS

Les Indiennes ont besoin de services de santé de nature différente parce que la population d'Indiens inscrits est plus jeune que la population canadienne. Alors que les Indiennes sont dans leur période de procréation, les Canadiennes s'acheminent plutôt vers la retraite. Par conséquent, les Indiennes auront besoin de services de santé destinés aux mères et aux enfants, tandis que les Canadiennes auront recours aux services de santé offerts aux personnes âgées.

Les Indiennes ont tendance à avoir plus de problèmes liés à la grossesse et à la naissance. Plus de la moitié des mères indiennes ont moins de 25 ans et environ la moitié d'entre elles fument pendant leur grossesse, ce qui augmente le risque de fausse couche, d'accouchement prématuré, de naissance d'un enfant de faible poids et de mort subite du nourrisson.

Les Indiennes sont une peu moins exposées que les autres Canadiennes à mourir d'un cancer. Le risque de décès par accident, violence, maladie infectieuse ou problème respiratoire est beaucoup plus grand. De plus, le taux de mortalité par maladie du système circulatoire est légèrement est plus élevé chez les Indiennes que chez les Canadiennes, tandis le taux est à peu près le même chez les Indiens que chez les Canadiens.

Sous l'angle des conditions socio-économiques, il est plus probable que les logements indiens, surtout dans les réserves, soient sans chauffage central par rapport aux logements dans le reste du Canada. De plus, les Indiens sont beaucoup plus exposés que les autres Canadiens à vivre dans un logement surpeuplé.

Le pourcentage d'analphabètes fonctionnels est beaucoup plus élevé chez les Indiens des deux sexes que chez les autres Canadiens. On entend par analphabétisme fonctionnel un niveau de scolarité inférieur à la neuvième année. Plus des deux cinquièmes des femmes indiennes qui vivent dans les réserves ont moins d'une neuvième année, tandis que seulement un cinquième des Indiennes ont terminé leurs études secondaires.

Moins du quart des Indiennes vivant dans les réserves ont un emploi par comparaison à la moitié de toutes les Canadiennes. En outre, les Indiennes touchent l'un des plus bas revenus moyens des particuliers au Canada, témoins les chiffres suivants : 8 800 $ en 1985 comparativement à 10 400 $ pour les Indiens et 12 600 $ pour les Canadiennes.

Les écarts notables au niveau de l'état de santé et des conditions socio-économiques des Indiens et des Indiennes soulignent l'importance d'examiner séparément les besoins des femmes afin que les programmes de santé publique soient axés sur celles qui courent le plus de risques.

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction

Questions à examiner 1

II. Aspects démographiques

1. Population des Indiens inscrits 3
2. Emplacement des réserves indiennes 4
3. Structure de la population par âge 5

III. État de santé

4. Facteurs affectant la reproduction 7
5. Espérance de vie à la naissance 8
6. Principales causes de décès 9
7. Taux de mortalité attribuables aux accidents et à la violence 10
8. Taux de suicide 11
9. Taux de mortalité attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire 12
10. Taux de mortalité attribuables au cancer 13
11. Taux de mortalité attribuables aux maladies respiratoires 14

IV. Conditions sociales

12. État des logements 15
13. Niveau de scolarité le plus élevé 16
14. Taux d'emploi 17
15. Revenu moyen des particuliers

V. Conclusions

Conséquences sur les programmes de santé publique 19

VI. Notes méthodologiques et sources

1. Aspects démographiques 21
2. État de santé 21
3. Conditions sociales 23

VII. Tableaux de données 25

I. INTRODUCTION

QUESTIONS À EXAMINER

Les différences entre les hommes et les femmes sur le plan de la santé peuvent être masquées lorsqu'on procède à des analyses globales des problèmes de santé. Il importe de reconnaître que les femmes font face à des problèmes de santé différents, d'où la nécessité de leur fournir des services de santé de nature différente. Ce rapport examine quelques-unes de ces différences, particulièrement celles qui touchent les Indiennes. Le rapport se fonde sur la présentation faite au congrès annuel de l'Association canadiennes de santé publique en juin 1990, par les auteures. Bien que ce rapport soit publié par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC), il représente un effort conjugué entre le MAINC et Santé et Bien-être social Canada (SBSC). Les analyses du présent document portent sur les Indiens inscrits (ou de plein droit), population desservie par le MAINC et SBSC.

Par Indiens inscrits, on entend toute personne qui est reconnue comme Indien inscrit en vertu d'un traité ou de la Loi sur les Indiens. Dans le document, nous examinons trois questions qui touchent la santé des Indiennes inscrites au Canada :

1. Comment la santé des Indiennes se compare-t-elle à celle d'autres groupes?
2. Comment peut-on expliquer les différences observées au niveau de la santé?
3. Quelles sont les conséquences de ces données sur la planification et l'exécution des programmes de santé?

Pour aborder la première question, nous comparons la santé des Indiennes à celle des Canadiennes et des Indiens. Les principaux sujets examinés sont les facteurs affectant la reproduction et les principales causes de décès. Les statistiques sur la santé des Indiens qu'on présente ici reposent en grande partie sur les données de la Direction générale des services médicaux (SBSC). Ces données portent sur environ 64 pour cent de la population des Indiens inscrits du Canada, et elles sont légèrement biaisées envers la population des réserves. Une description plus complète de la couverture et de la limite des données paraît à la section 6 intitulée «Notes méthodologiques et sources».

Lorsqu'on examine la deuxième question, on constate que les Indiennes sont plus jeunes et qu'elles affichent un taux de fécondité plus élevé que les autres Canadiennes. De même, les Indiens font face à des conditions socio-économiques différentes, plus particulièrement sur les réserves. Les données sur les Indiens et les Canadiens qui sont présentées ici reposent dans les deux cas sur les données spéciales du MAINC tirées du recensement de 1986. À cause de problèmes de couverture au recensement, les présentes statistiques ne comprennent pas les quelques 45 000 individus vivant dans les réserves. Une description plus complète des limites des données se trouve à la section 6 intitulée «Notes méthodologiques et sources».

La troisième question est abordée à la section 5 intitulée «Conséquences sur les programmes de santé publique».

II. ASPECTS DÉMOGRAPHIQUES

1. Population des Indiens inscrits

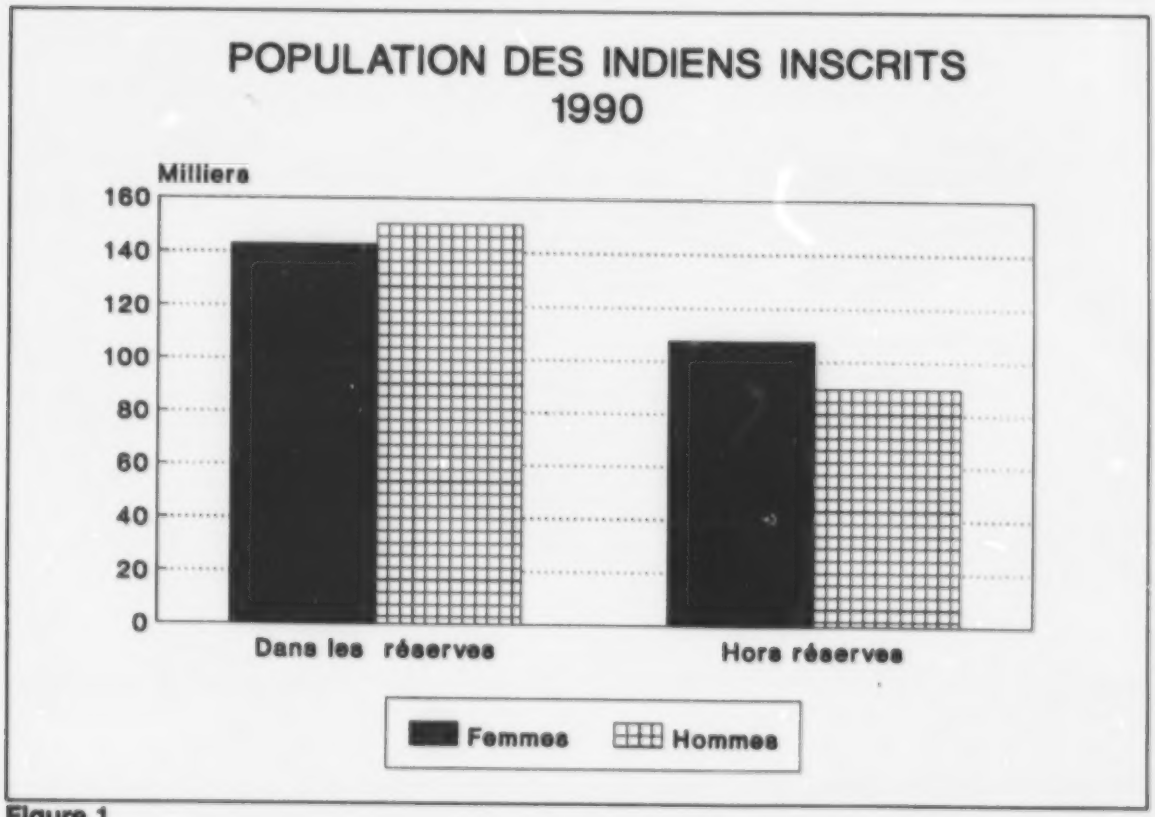


Figure 1

Au 31 décembre 1990, il y avait 490 200 Indiens inscrits au Canada, ce qui représente environ 2 pour cent de la population canadienne.

Soixante pour cent de tous les Indiens inscrits vivent dans les réserves. Toutefois, chez les Indiens inscrits, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de vivre hors des réserves (43 pour cent contre 37 pour cent).

À l'heure actuelle, la population des Indiens inscrits augmente deux fois plus vite que la population canadienne. À cause des augmentations de population attribuables au projet de loi C-31, le pourcentage des Indiens inscrits qui demeurent en dehors des réserves s'accroît; au même moment, le nombre réel d'Indiens vivant dans les réserves augmente également. Ces tendances feront augmenter la demande de services de santé, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves.

2. Emplacement des réserves indiennes

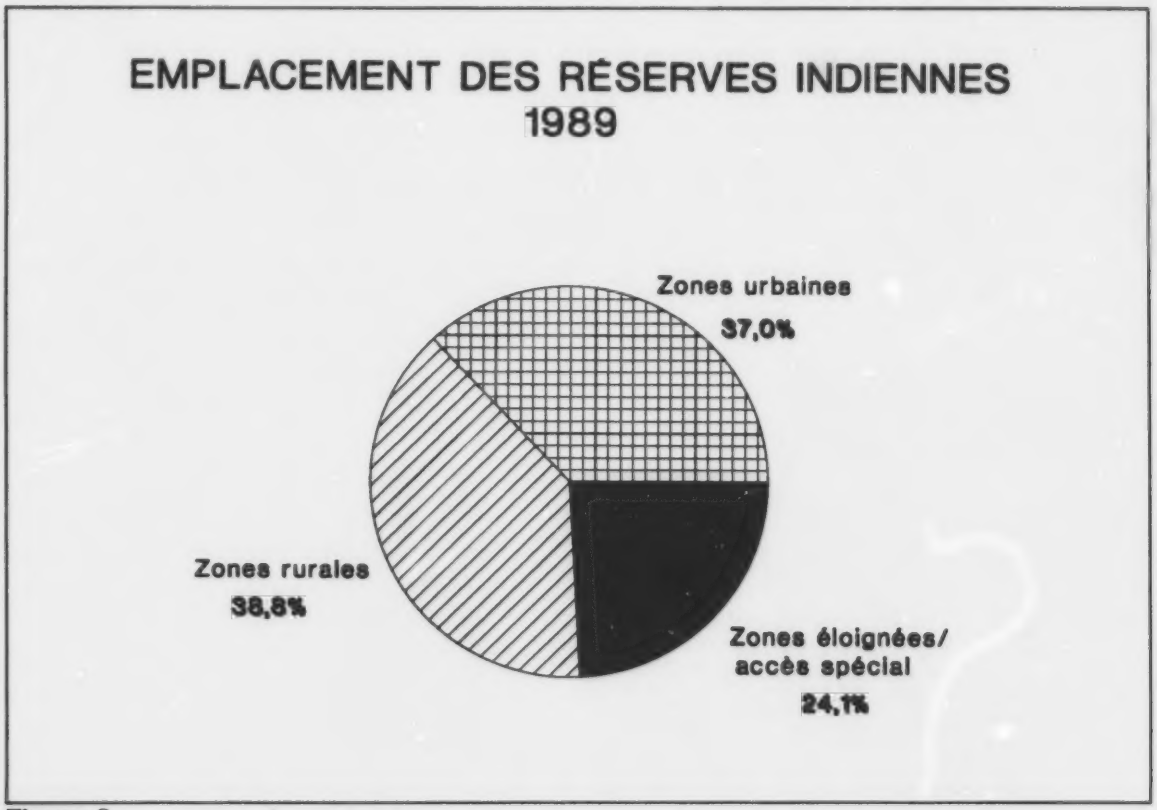


Figure 2

Un peu plus du tiers des réserves indiennes seulement sont situées en zone urbaine. En fait, le quart des réserves sont situées dans des zones éloignées ou «d'accès spécial», c'est-à-dire dans des régions éloignées des centres urbains, peu peuplées et, dans certains cas, accessibles seulement par avion ou par route une partie de l'année seulement.

Cette situation a des conséquences sur les services de santé : pour presque les deux tiers des Indiens inscrits vivant dans une réserve située en milieu rural ou dans une zone éloignée, les services de santé sont moins accessibles et plus onéreux pour l'État.

De plus, l'éloignement de nombreuses réserves se répercute sur l'alimentation des Indiens inscrits parce que certains aliments ne sont pas disponibles et que les frais d'expédition de la nourriture dans ces régions sont plus élevés.

3. Structure de la population par âge

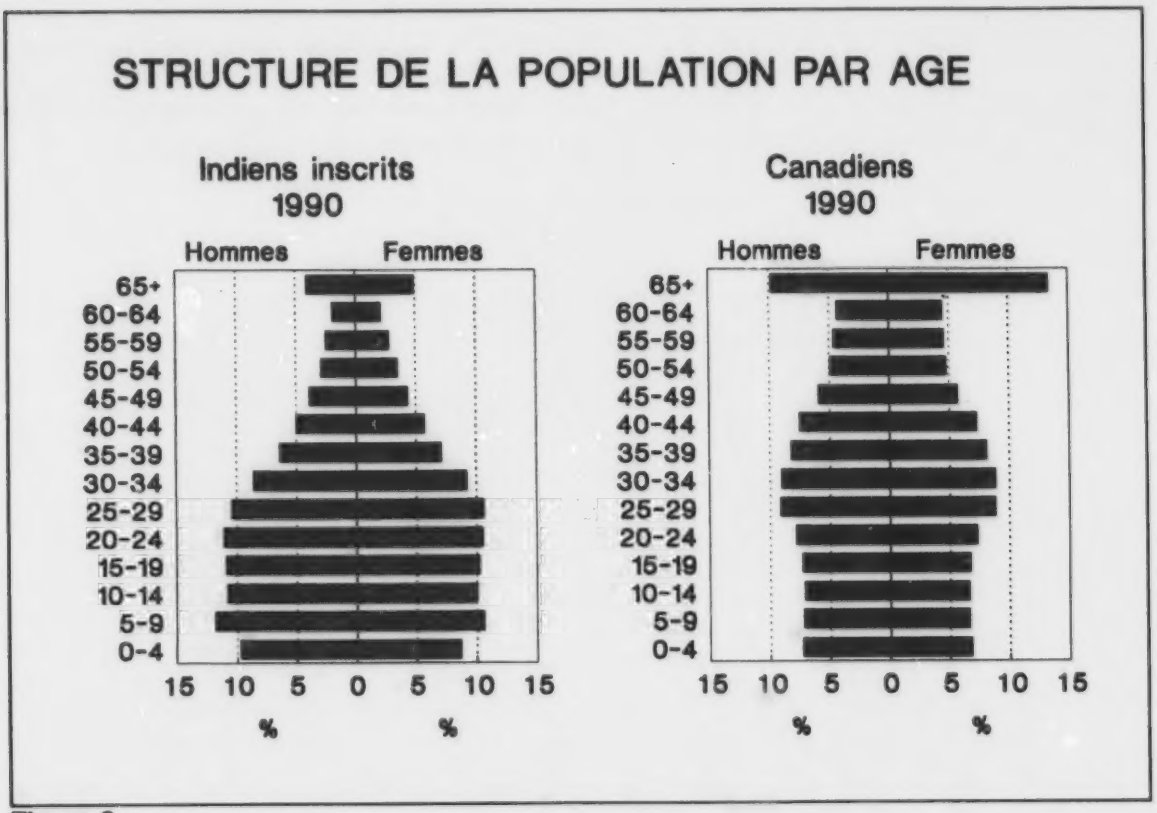


Figure 3

La population des Indiens inscrits étant plus jeune que la population canadienne explique en partie pourquoi les Indiennes ont besoin de services de santé différents. En effet, ces deux groupes font face le plus souvent à des maladies différentes. Les maladies infantiles affecteront davantage la population indienne, toutefois les cas de cancer et les autres maladies liées à la vieillesse seront moins nombreux.

Chez les Indiennes, la courbe de vieillissement touche le groupe des femmes en âge de procréer, tandis que les femmes canadiennes vieillissent plutôt vers la retraite. Aussi, les Indiennes seront plus susceptibles d'avoir besoin de services de santé destinés aux mères et aux enfants, tandis que les Canadiennes auront recours aux services de santé offerts aux personnes âgées. De même, chaque Indienne met au monde plus de bébés que son homologue non indienne. Aussi, le besoin de services au titre de la reproduction, qui est déjà supérieur dans la population indienne en raison de sa structure par âge, est encore plus élevé en raison du taux de fécondité supérieur de la femme indienne.

Parmi les genres de services dont a besoin une population plus jeune, mentionnons les soins prénataux, l'éducation, les programmes de traitement de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies, les services de santé mentale, les programmes de prévention des accidents et les programmes de prévention de la violence familiale. La Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada offre déjà une grande partie de ces programmes. Toutefois, les Indiennes auront besoin de ces services beaucoup plus longtemps que les autres Canadiens du fait que la population est plus jeune.

III. ÉTAT DE SANTÉ

4. Facteurs affectant la reproduction

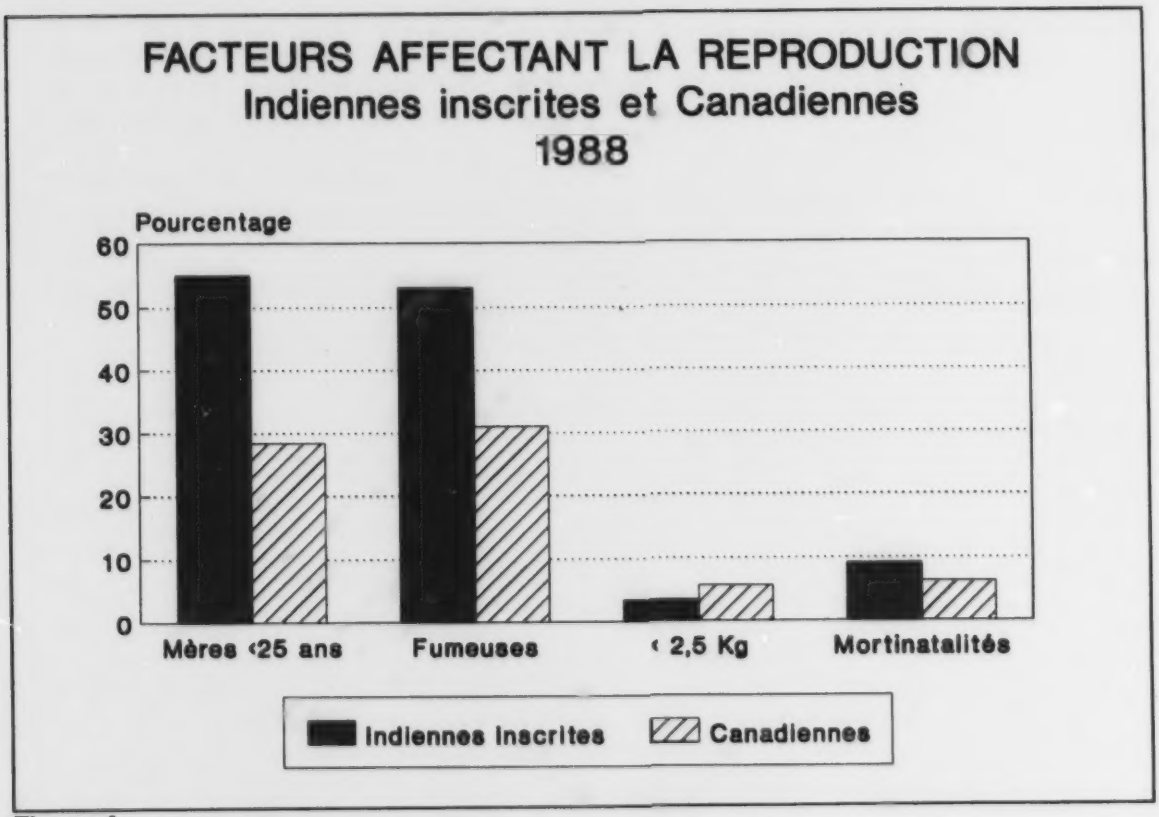


Figure 4

Étant donné que la population indienne est plus jeune et a un taux de fécondité supérieur, il importe de tenir compte des facteurs qui affectent la reproduction des Indiennes.

Les recherches portant sur la population vivant dans les réserves en 1988 indiquent que les mères indiennes sont plus jeunes : environ 55 pour cent ont moins de 25 ans et 8 pour cent ont moins de 18 ans. Chez la population non autochtone, les chiffres correspondant sont de 28 pour cent et de 1,2 pour cent.

Environ la moitié des femmes indiennes vivant dans les réserves fument pendant leur grossesse, ce qui augmente le risque de fausse couche, d'accouchement prématuré, de naissance d'un enfant de faible poids et de mort subite du nourrisson. Le pourcentage de femmes qui fument est beaucoup moins élevé chez les femmes non indiennes.

Bien que les taux de mortalité infantile aient diminué de façon considérable, les taux de mortinatalité n'ont pas baissé au cours de la dernière décennie. Étant donné que la mise au monde d'un enfant mort-né peut dépendre de la santé de la mère, de son alimentation et de

son mode de vie (consommation de tabac et de drogues), ces résultats peuvent nous amener à croire qu'il est nécessaire d'améliorer les programmes de promotion de l'alimentation et de la santé destinés aux mères indiennes.

Il semble que la proportion d'Indiennes qui allaitent leur enfant soit moins élevée que la moyenne (61 pour cent l'ont fait à la naissance de leur enfant). La proportion de mères qui allaitent est plus élevée dans les régions du nord que de l'est du Canada. Les femmes qui sont le moins susceptibles d'allaiter sont celles dont l'enfant est le plus à risque, c'est-à-dire dont la mère fume, est jeune, a déjà cinq enfants ou plus ou encore dont l'enfant était d'un faible poids à la naissance.

En partie à cause des facteurs énumérés ci-dessus, les taux de mortalité infantile demeurent très élevés (presque le double du taux au Canada). La mortalité infantile se répercute de façon importante sur l'espérance de vie, ce qui explique pourquoi l'espérance de vie des Indiens est beaucoup moins élevée que la moyenne.

5. Espérance de vie à la naissance

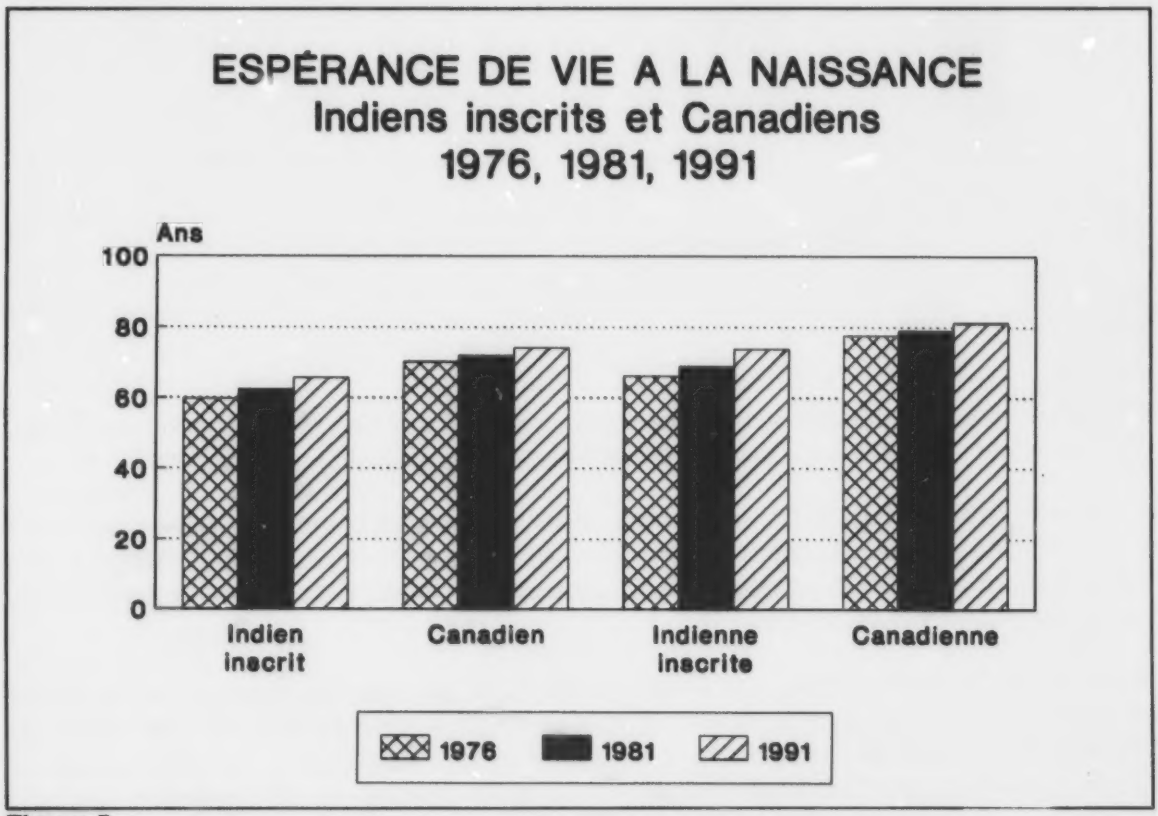


Figure 5

A l'heure actuelle, les Indiens vivent en moyenne 10 ans de moins que les non-Indiens.

Bien que l'écart se rétrécisse considérablement avec le temps, il est encore très important. Cet écart s'explique en partie par le taux élevé de mortalité infantile dans la population indienne, mais il y a d'autres raisons. Les Indiennes sont plus susceptibles de mourir d'une cause qui tue les gens en bas âge, par exemple des accidents.

Aussi, même lorsque les causes de décès sont les mêmes que dans la population en général, le décès survient à un âge moins avancé.

6. Principales causes de décès

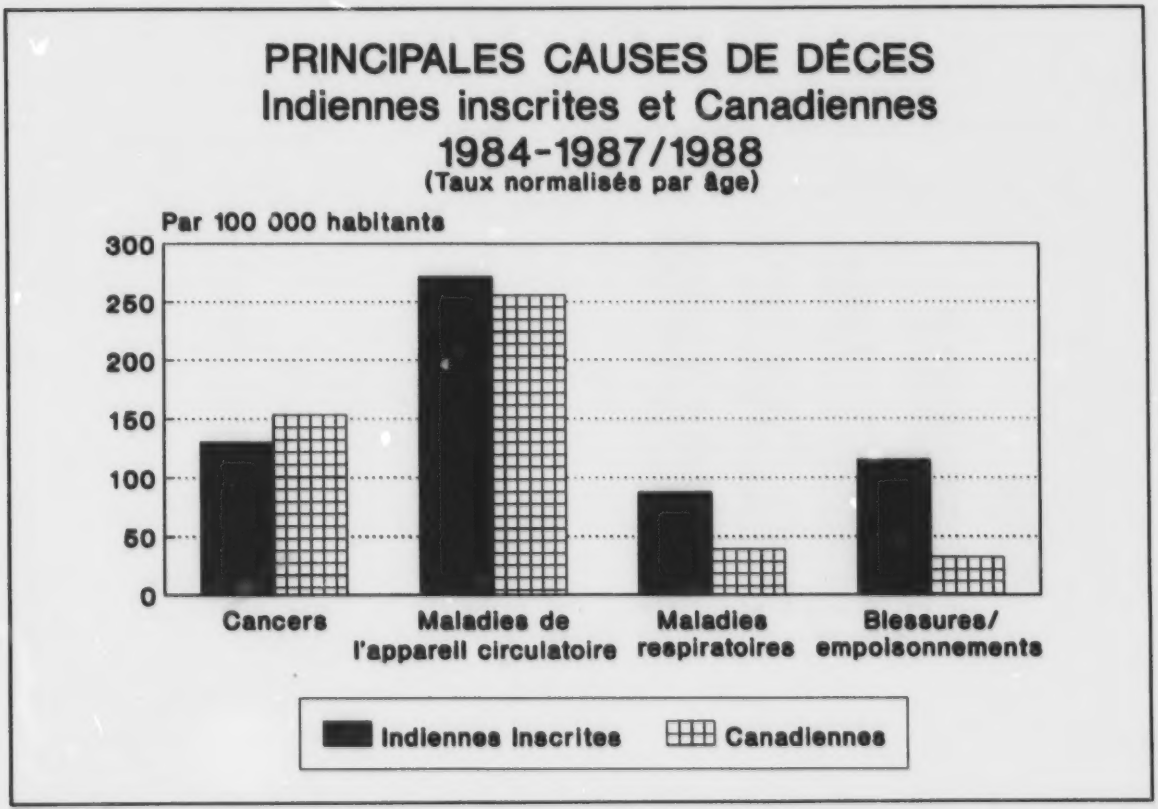


Figure 6

Les quatre principales causes de décès au Canada à l'heure actuelle sont les maladies de l'appareil circulatoire (par exemple, maladie cardiaque et attaque), les néoplasmes (cancers), les accidents et la violence, et les maladies du système respiratoire (par exemple, pneumonie et bronchite).

Bien que les quatre principales causes de décès soient les mêmes pour les Indiens et les Canadiens en général, il y a de nettes différences dans l'importance relative de chacune de ces causes. En particulier, les Indiennes courent un peu moins de risques que la moyenne de la population de mourir d'un cancer, mais elles sont beaucoup plus susceptibles de

décéder d'une maladie infectieuse, d'un problème respiratoire, d'un accident ou d'un acte de violence.

Les quatre sections qui suivent examinent de façon plus détaillée les quatre principales causes de décès.

7. Taux de mortalité attribuables aux accidents et à la violence

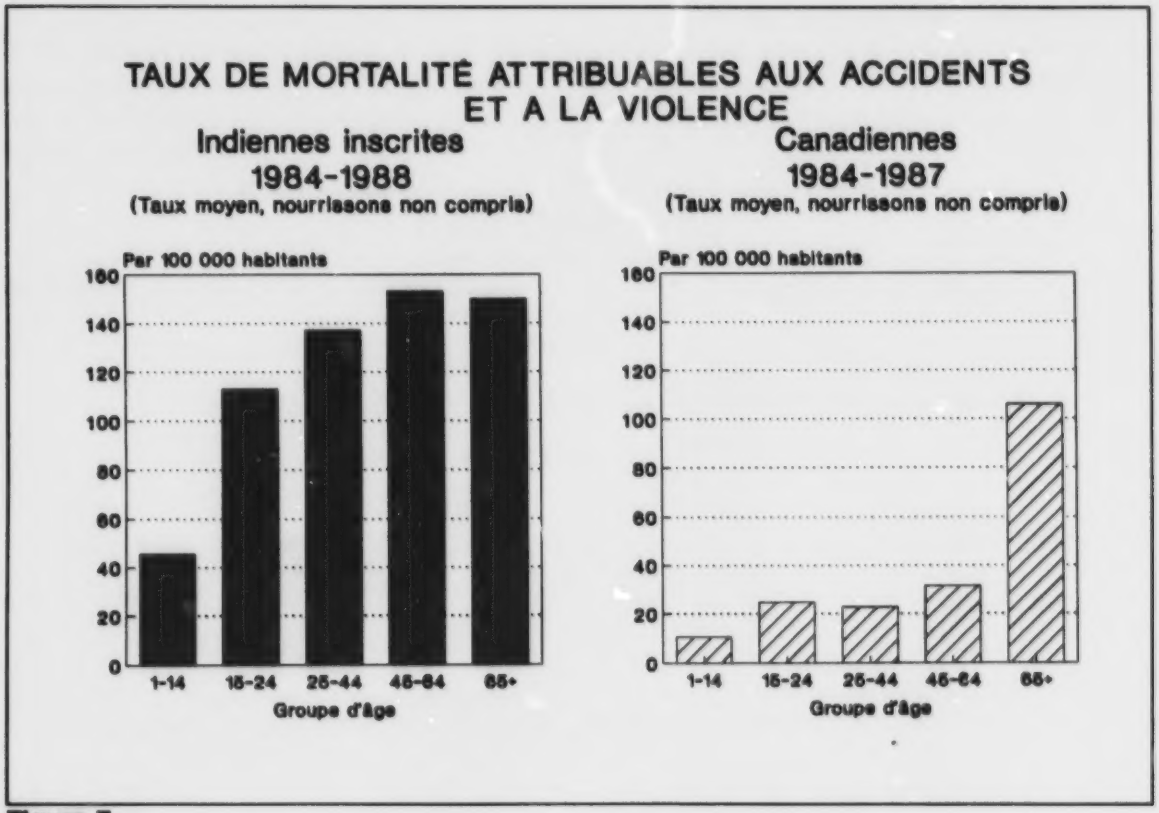


Figure 7

Cette catégorie présente un intérêt particulier, parce qu'il est possible de prévenir les décès reliés à ces deux causes.

Les taux de mortalité attribuables aux accidents a diminué, mais ils sont toujours de beaucoup supérieurs à la moyenne : jusqu'à 65 ans, les Indiennes courent un risque quatre fois plus élevé que les Canadiennes de mourir des suites d'un accident ou d'un acte de violence.

Comparativement à la population canadienne, il y a une nette différence en ce qui concerne l'âge auquel surviennent, en moyenne, les accidents fatals. Dans toute la population

canadienne, les femmes âgées ont un risque plus élevé de mourir d'un accident, mais chez les Indiennes, le risque est élevé après l'âge de 15 ans.

Près d'un cinquième des morts «violentes» chez les Indiennes représentent, en fait, des suicides.

8. Taux de suicide

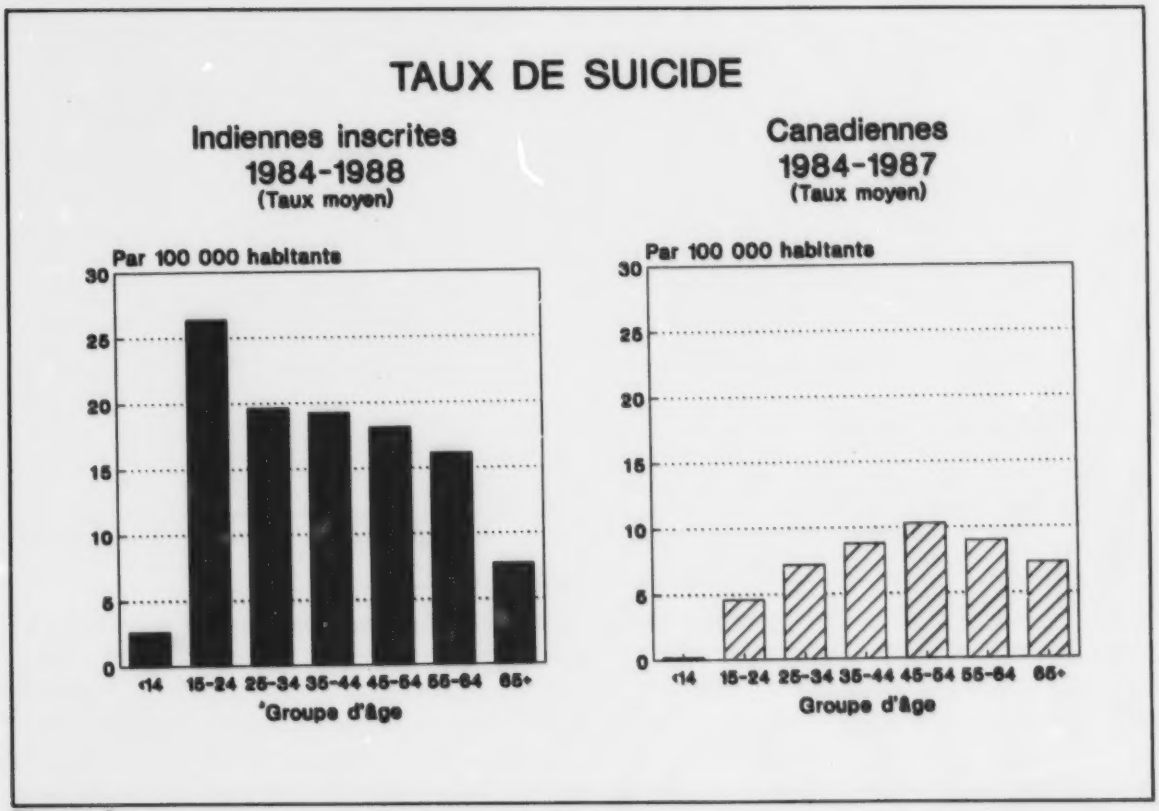


Figure 8

Les femmes sont moins susceptibles que les hommes de commettre un suicide. Dans la population indienne, le taux de suicide des femmes est environ le quart de celui des hommes. Toutefois, le taux de suicide chez les Indiennes est plus de deux fois supérieur à la moyenne nationale (pour les femmes) et aucun signe de diminution ne se manifeste.

On constate une différence entre les Indiennes et les Canadiennes en ce qui concerne l'âge du suicide : chez les Indiennes, le taux est plus élevé chez les jeunes adultes, mais il régresse lentement jusqu'à l'âge de 65 ans. Toutefois, chez les Canadiennes, le taux atteint un sommet entre les âges de 45 à 64 ans.

Le taux élevé de suicide et d'accident peut être lié aux piètres conditions socio-économiques des Indiennes, aspect que nous aborderons dans la seconde partie du présent document.

9. Taux de mortalité attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire

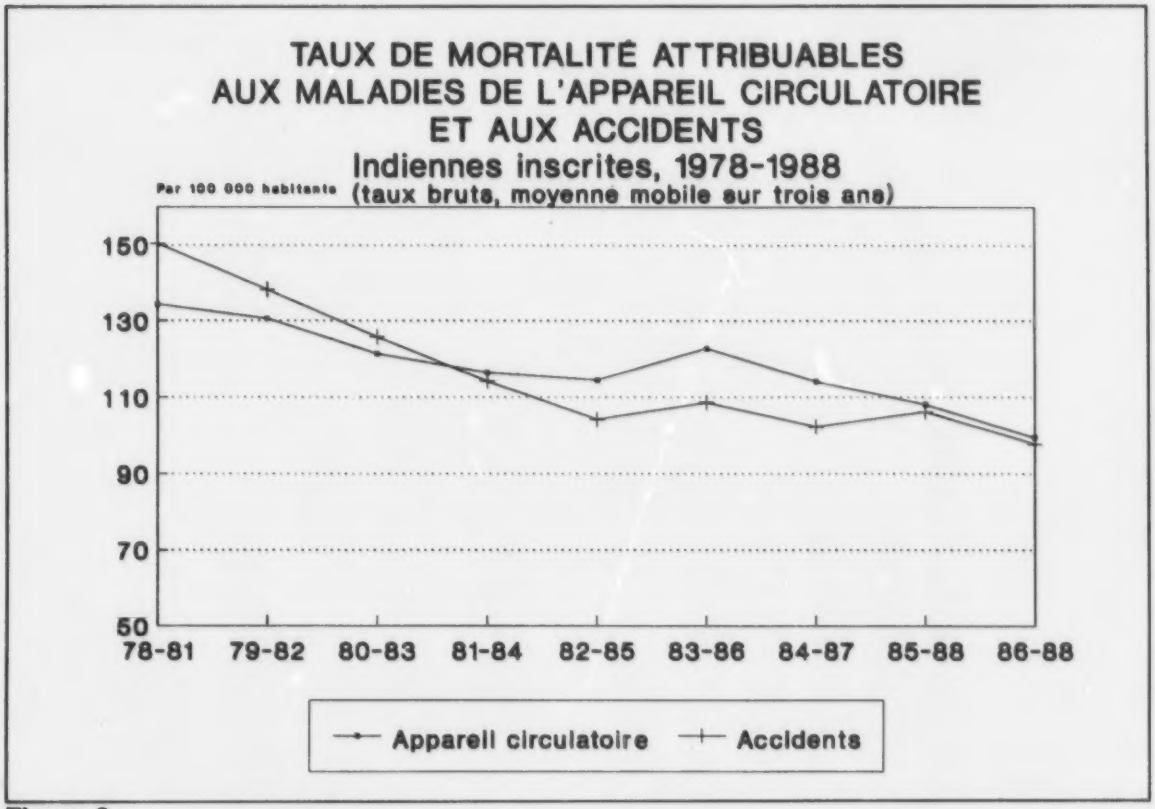


Figure 9

Vers 1981, les maladies de l'appareil circulatoire se sont substituées aux accidents et à la violence comme la cause de décès la plus fréquente chez les Indiennes.

En général, les femmes courent un risque moins grand que les hommes de mourir d'une maladie de l'appareil circulatoire. Cependant, ce risque est légèrement plus élevé chez les Indiennes que chez les Canadiennes tandis qu'il est à peu près le même chez les Indiens et les autres Canadiens.

Les maladies de l'appareil circulatoire semblent plus fréquentes chez les Indiens de l'est du Canada et l'incidence de ces maladies devrait augmenter car elles sont reliées à la consommation de cigarettes, à l'obésité et au diabète.

10. Taux de mortalité attribuables au cancer

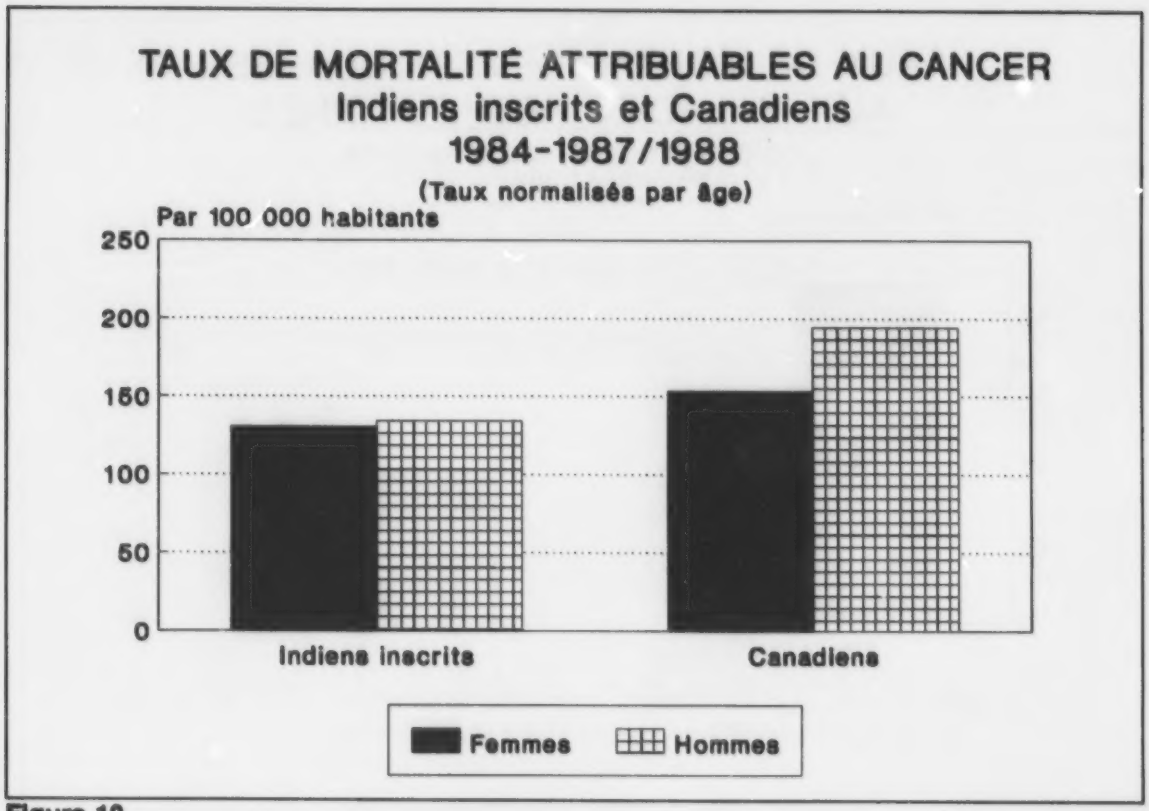


Figure 10

En général, le risque de cancer chez les Indiens est beaucoup moins élevé que la moyenne. Cependant, ce risque est légèrement plus élevé chez Indiennes que chez les Canadiennes. Chez les hommes, le taux de décès normalisé par âge attribuable au cancer est 45 pour cent moins élevé pour les Indiens que pour la population canadienne dans son ensemble; chez les femmes, la différence est 17 pour cent.

Pour les Canadiens de tous âges, beaucoup plus d'hommes que de femmes meurent du cancer. Cet écart est minime au sein de la population indienne. De fait, les taux de décès attribuables au cancer chez les femmes dépassent ceux des hommes dans le groupe d'âge de 45 à 54 ans, ce qui augmente la possibilité d'un nombre anormalement élevé de décès attribuables au cancer chez les Indiennes de ce groupe d'âge.

On ne connaît pas les causes de ces différences. Toutefois, le cancer de l'utérus et du col pourrait sans doute expliquer l'incidence élevée du cancer chez les Indiennes d'âge moyen, à cause de l'âge auquel ces cancers ont tendance à apparaître. On sait qu'en Saskatchewan, les taux d'hospitalisation des Indiennes à la suite d'un cancer du col de l'utérus sont extrêmement élevés. De plus, diverses autres études indiquent également que les Indiennes sont plus susceptibles que la moyenne de développer un cancer de la vésicule biliaire ou du rein et moins susceptibles d'être affectées d'un cancer du sein.

11. Taux de mortalité attribuables aux maladies respiratoires

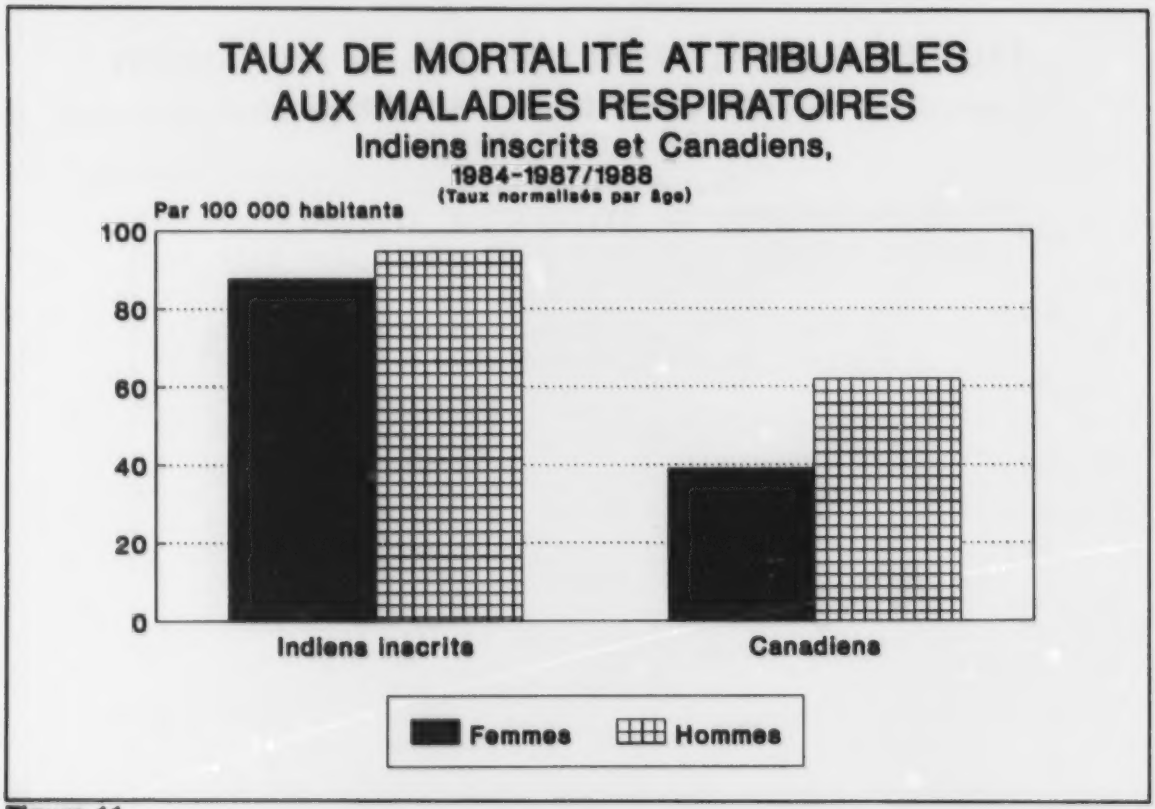


Figure 11

Les décès attribuables aux maladies respiratoires (d'habitude des pneumonies et des bronchites) affectent surtout les enfants en bas âge et les personnes âgées. Dans l'ensemble de la population canadienne, les femmes sont moins susceptibles que les hommes de mourir d'une maladie respiratoire. Cette différence est beaucoup moins prononcée dans la population indienne.

Les taux de mortalité chez les Indiens attribuables à des maladies respiratoires sont actuellement le quart de ce qu'ils étaient en 1960. Malgré cela, ils demeurent encore beaucoup plus élevés que chez les autres Canadiens et ils n'ont pas diminué depuis 1979.

Quelques études effectuées auprès de collectivités indiennes ont trouvé un lien entre l'incidence des maladies respiratoires ainsi que les maladies infectieuses, d'une part, et les conditions de logement comme le chauffage central, l'eau courante et le peuplement, d'autre part. Ces études et celles qui examinent d'autres conditions liées à la santé révèlent qu'il y a une relation entre l'état de santé et les conditions socio-économiques. Pour cette raison, la partie suivante de notre document examinera certaines conditions socio-économiques des Indiennes.

IV. CONDITIONS SOCIALES

12. État des logements

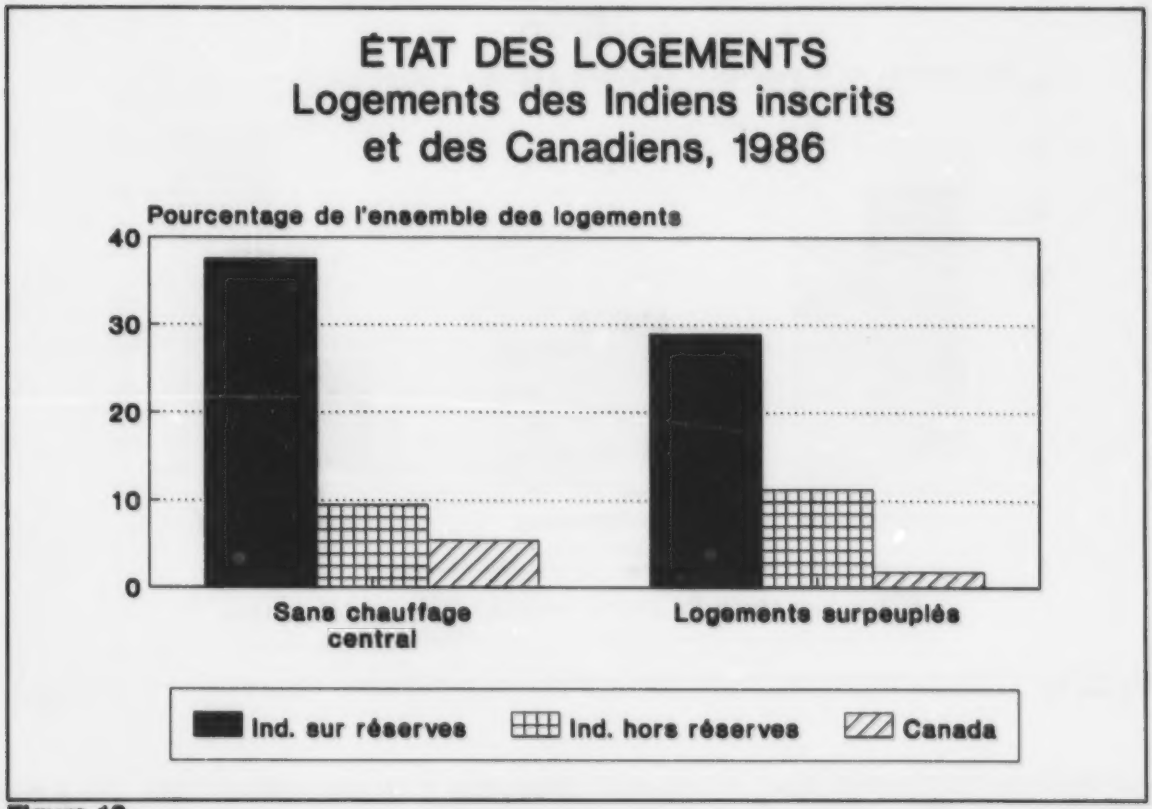


Figure 12

Le pourcentage de logements non pourvus de chauffage central dans les réserves est sept fois plus élevé que le taux canadien et quatre fois plus élevé que le taux des logements indiens hors réserves. De même, l'incidence des logements surpeuplés chez les Indiens inscrits est considérablement plus élevée que le taux correspondant pour l'ensemble du Canada. Environ six fois plus de logements sont surpeuplés chez les Indiens vivant hors réserves et seize fois plus chez les Indiens vivant dans les réserves.

De tout temps, le pourcentage de logements ayant l'eau courante et un système d'égouts convenable était moins élevé dans les réserves que dans les autres logements au Canada. Toutefois, au cours de la dernière décennie, le pourcentage de logements indiens ayant l'eau courante et un système d'égouts a augmenté radicalement. En 1989, 86 pour cent des logements dans les réserves disposaient d'un approvisionnement en eau suffisant, par rapport à un peu plus de la moitié en 1977. De même, la proportion des logements raccordés à un système d'égouts a augmenté de façon marquée, passant de 47 pour cent en 1977 à 79 pour cent en 1989.

13. Niveau de scolarité le plus élevé

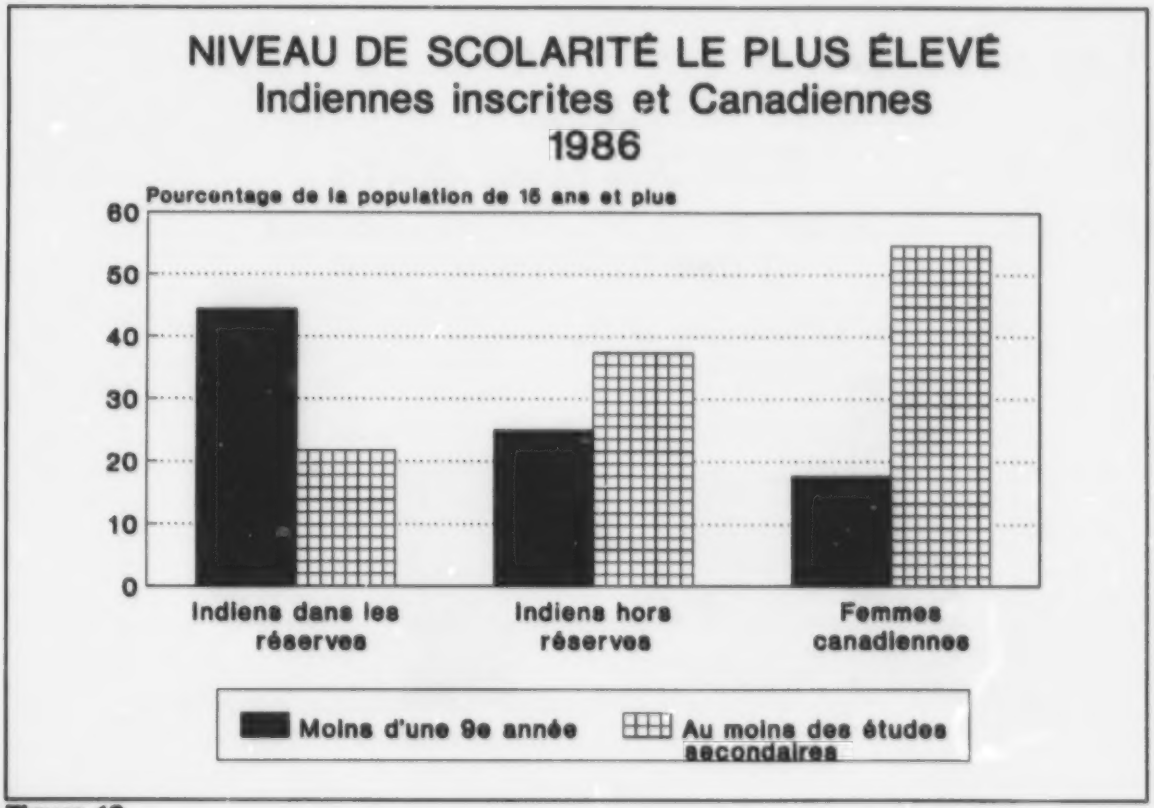


Figure 13

Les Indiens inscrits des deux sexes sont beaucoup plus susceptibles que les autres Canadiens d'avoir un niveau de scolarité inférieur à la neuvième année, une définition de l'analphabétisme fonctionnel.

Dans la population indienne comme dans la population canadienne, il n'y a pas de différences importantes entre les deux sexes en ce qui concerne le niveau de scolarité, mais on observe des différences majeures entre les deux groupes ethniques.

Plus des deux cinquièmes des Indiennes vivant dans les réserves ont un niveau d'études inférieur à la neuvième année, tandis qu'un cinquième seulement de ces femmes ont au moins un diplôme d'études secondaires.

Par comparaison, plus de la moitié des Canadiennes détiennent au moins un diplôme d'études secondaires tandis que moins d'un cinquième ont un niveau de scolarité inférieur à la neuvième année.

14. Taux d'emploi

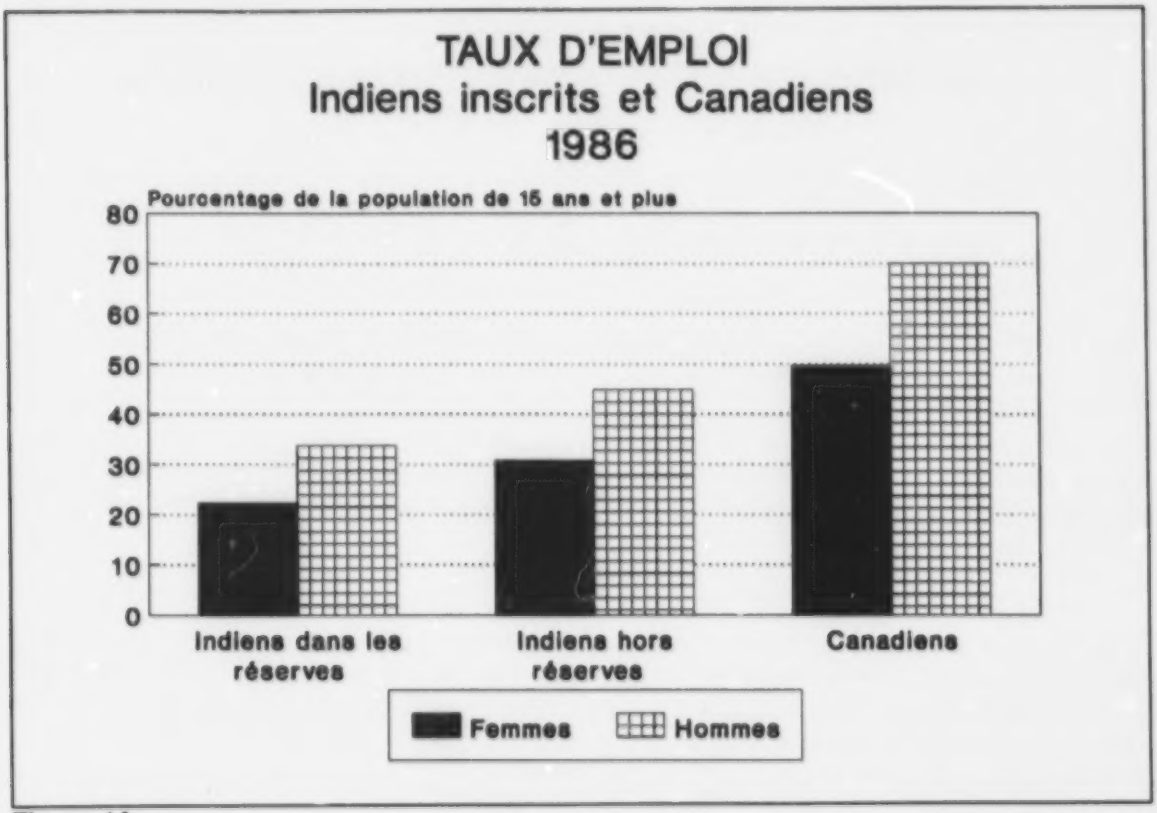


Figure 14

Bien que dans l'ensemble de la population canadienne, le pourcentage des femmes de 15 ans et plus ne faisant pas partie du marché du travail soit plus élevé que celui des hommes, les Indiennes inscrites accusent le plus faible taux d'activité parmi les groupes examinés. Près des deux tiers (62 pour cent) des Indiennes inscrites de 15 ans et plus ne font pas partie de la population active, par comparaison à 40 pour cent des femmes canadiennes. De même, il y a deux fois plus d'Indiennes inscrites que de Canadiennes qui sont en chômage (12 pour cent contre 6 pour cent).

Dans tous les groupes, le taux d'emploi des hommes est environ une fois et demi plus élevé que celui des femmes.

Moins du quart des Indiennes vivant dans les réserves ont un emploi, comparativement à la moitié de toutes les Canadiennes. Les perspectives d'emploi sont meilleures à l'extérieur des réserves puisque près du tiers des Indiennes de plus de 15 ans détiennent un emploi.

15. Revenu moyen des particuliers

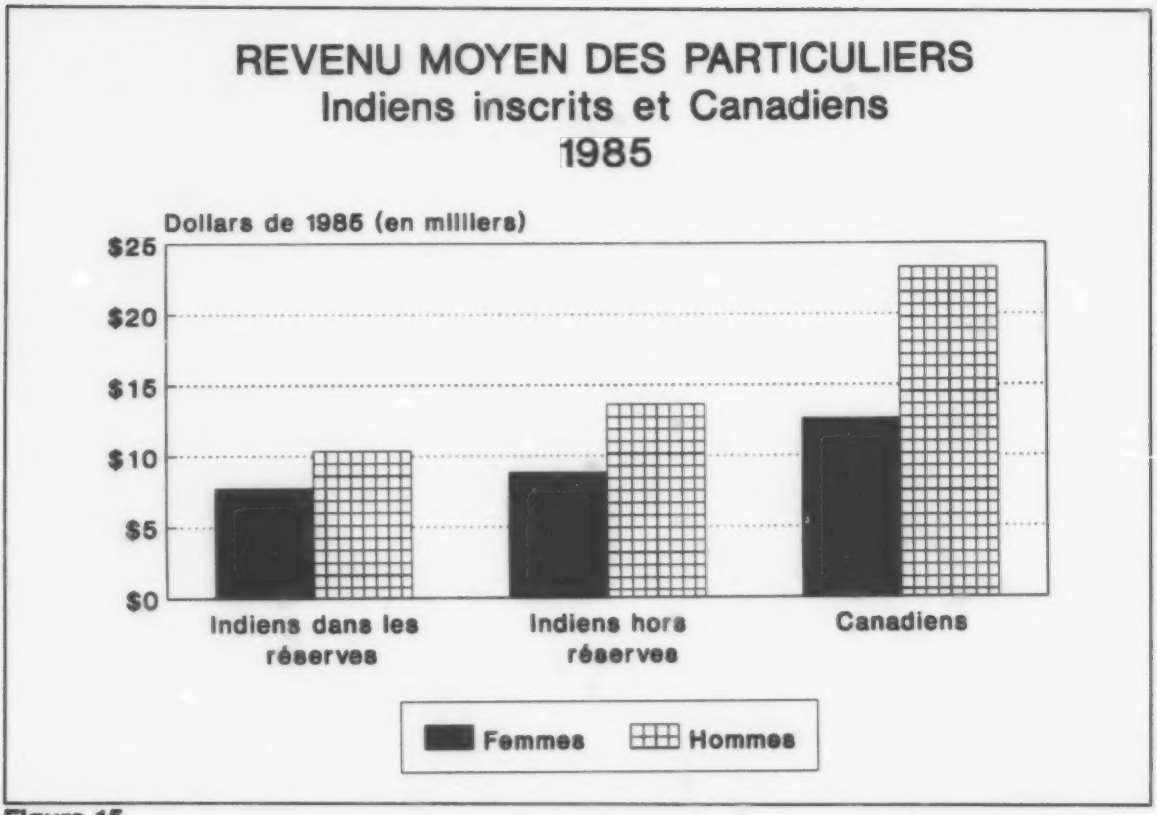


Figure 15

En 1985, les revenus des femmes étaient inférieurs à ceux des hommes, et les Indiens touchaient un revenu inférieur à celui des Canadiens. Par conséquent, les Indiennes inscrites ont le plus bas revenu moyen des particuliers de la population examinée : 8 800 $ en 1985, comparativement à 10 400 $ chez les Indiens et 12 600 $ pour les Canadiennes.

Cependant, l'écart entre les deux sexes était moins marqué chez les Indiens que dans l'ensemble de la population canadienne, en particulier dans le cas des Indiens vivant dans les réserves. Ces résultats s'expliquent par le fait qu'un plus grand nombre de personnes vivant dans les réserves, surtout des femmes, tirent la majeure partie de leur revenu des transferts du gouvernement, ce qui vient diminuer l'écart entre les deux sexes au niveau de revenu inférieurs.

On a démontré l'existence d'un lien entre le niveau de revenu et l'état de santé. Par example, Wilkens et al.[1] ont découvert que les Canadiens avec un taux de revenu très bas connaissent une espérance de vie plus courte et subissent un taux de mortalité infantile plus élevé qu les Canadiens avec un revenu très élevé. Lorsqu'on examine les données chronologiques sur les revenus en dollars constants, on constate que le revenu moyen des Indiens inscrits est en régression. Ce problème a de graves conséquences sur l'alimentation et l'état de santé des Indiens inscrits du Canada.

---

[1]Russell Wilkens, Owen Adams et Anna Brancker, "Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986", *Rapports sur la santé, vol. 1, no. 2*, p. 137-174.

V. CONCLUSIONS

CONSÉQUENCES SUR LES PROGRAMMES DE SANTÉ PUBLIQUE

En résumé, les conditions sociales des Indiennes sont très différentes de celles des autres Canadiennes. En tant que groupe, les Indiennes sont généralement plus jeunes et leur courbe de mortalité diffère sensiblement de celle des Indiens et des Canadiennes.

Une forte proportion des Indiennes sont en âge de procréer, et leur taux de fécondité est élevé. Comme nous l'avons vu dans la section sur les facteurs affectant la reproduction, il semble également que les Indiennes aient tendance à avoir plus de problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement. Ces résultats donnent à penser que les soins prénataux et post-natals demeurent nécessaires afin d'améliorer l'alimentation, de corriger certains problèmes liés au mode de vie, comme l'habitude de fumer, et d'encourager l'allaitement chez les mères à risque élevé.

Les taux élevés de suicide et de mort accidentelle à tous les âges indiquent qu'il est impératif d'améliorer les conditions de vie, en particulier dans les réserves, et de diminuer les facteurs de risque durant toute la période d'âge adulte. Il est d'autant plus important d'offrir des programmes de prévention de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies vu qu'un grand nombre de décès par accident sont liés à la consommation d'alcool. Il sera probablement particulièrement important d'accroître les efforts déployés à la prévention des accidents et du suicide étant donné les niveaux d'emploi et de faible revenu.

Certaines données laissent croire que le taux de mortalité attribuable au cancer est anormalement élevé chez les Indiennes de 45 à 64 ans. Il apparaît donc nécessaire d'améliorer les tests de dépistage, car un dépistage précoce peut accroître le taux de survie.

Bien que les logements indiens se soient nettement améliorés, l'incidence continuellement élevée des maladies respiratoires indique le besoin d'apporter d'autres améliorations.

Étant donné que le taux d'analphabétisme est élevé chez les Indiennes, surtout dans les réserves, les programmes d'éducation sanitaire ne devraient pas reposer sur l'information écrite mais devrait plutôt recourir à d'autres moyens.

Les nettes différences constatées entre les hommes et les femmes de la population indienne, en ce qui a trait aux conditions socio-économiques et à l'état de santé, nous amènent à penser qu'il est important d'examiner séparément les besoins des femmes afin d'être en mesure de cibler plus efficacement les programmes de santé publique vers les personnes qui sont le plus à risque.

VI. NOTES MÉTHODOLOGIQUES ET SOURCES

1. Aspects démographiques

Sources des données

Les données sur la population des Indiens inscrits vivant dans les réserves et hors de celles-ci au 31 décembre 1990 proviennent du document intitulé *Population du Registre des Indiens selon le sexe et la résidence, 1990*, publié par le Service de l'analyse quantitative et de la recherche socio-démographique (AQRS), ministère des Affaires indiennes et du Nord. Les données sur la population des Indiens inscrits selon l'âge et le sexe sont tirées des statistiques d'enregistrement des Indiens compilées par l'AQRS.

Les données sur la population canadienne proviennent de *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 1986-2011*, bulletin 91-520 au catalogue de Statistique Canada.

Les données sur l'emplacement géographique des réserves indiennes proviennent des *Données ministérielles de base, 1990*, document publié par l'AQRS, ministère des Affaires indiennes et du Nord.

2. État de santé

Sources des données

Les données sur les principales causes de décès des Indiens inscrits de 1978 à 1988 proviennent des dossiers de la Direction générale des services médicaux (DGSM), Santé et Bien-être social Canada.

Les données sur les principales causes de décès des Canadiens de 1984 à 1987 proviennent de Statistique Canada et sont fournies à la DGSM avec la courtoisie du Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé et Bien-être social Canada. Ces données se trouvent également dans *Statistiques de l'état civil, volume IV, Causes de décès*, bulletin 84-203 au catalogue de Statistique Canada.

Les données sur les conditions de reproduction des Indiennes inscrites sont tirées de plusieurs sources.

Les renseignements sur le pourcentage des mères indiennes de moins de 25 ans, sur les mères qui fument et sur les facteurs associés à l'allaitement au sein sont tirées de *Base nationale des données sur l'allaitement maternel chez les Indiens et les Inuit : base nationale : sondage sur les pratiques d'alimentation des nourrissons de la naissance à six mois, Canada, 1988. Rapport définitif, avril 1990*, par Neima Langner, (Ottawa, Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada, 1990).

Les données sur les naissances de faible poids et les mortinatalités chez les Indiens proviennent des statistiques de la Direction générale des services médicaux pour 1988.

Les données sur l'âge des mères au Canada sont fournies par le Centre canadien d'information sur la santé, Statistique Canada. Les chiffres sont pour 1988 et excluent Terre-Neuve.

Les données sur les naissances de faible poids au Canada sont fournies par le Centre canadien d'information sur la santé, Statistique Canada. Les chiffres sont ceux de 1988.

Les données sur les fumeurs au Canada sont fondées sur *Le mieux-être des Canadiens et des Canadiennes : faits saillants de l'enquête Campbell sur le mieux-être au Canada de 1988*, par T. Stephens et C.L. Craig, (Ottawa, Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 1990, tableau 15.) Ce document porte sur les femmes âgées de 15 à 44 ans, en 1988.

Les données sur l'espérance de vie à la naissance des Indiens inscrits pour 1976, 1981 et 1991 sont tirées de *Données ministérielles de base, 1990*, publié par l'AQRS, ministère des Affaires indiennes et du Nord.

Les données sur l'espérance de vie à la naissance des Canadiens pour 1976, 1981 et 1991 sont tirées de *Statistiques de l'état civil*, bulletin 84-206 au catalogue de Statistique Canada.

Notes méthodologiques

Les données sur la santé compilées par la Direction générale des services médicaux s'appliquent aux Indiens inscrits seulement. Bien que les analyses fondées sur ces données soient compatibles avec les autres sources d'information sur la santé des Indiens, le lecteur doit savoir que tous les Indiens ne sont pas inclus dans les données et que la couverture varie quelque peu d'une province à l'autre.

Les chiffres du présent rapport sont fondés sur les données fournies par les divers bureaux régionaux de la Direction générale des services médicaux, situés dans chaque province (à l'exception du bureau régional de l'Atlantique qui dessert les quatre provinces de l'Atlantique). La disponibilité des données sur la santé des Indiens varie quelque peu d'une province à l'autre, comme il est indiqué ci-après.

Provinces de l'Atlantique et de l'Ontario : Ces provinces recueillent des données pour les Indiens inscrits vivant dans les réserves. Les personnes vivant hors des réserves ne sont pas comprises dans les statistiques.

Québec : Cette province recueille les données pour les Indiens vivant dans les réserves, sauf quelques exceptions, y compris les collectivités désignées dans la Convention de la Baie James et du Nord québécois et un certain nombre d'autres

collectivités non directement desservies par le personnel de la santé de la Direction générale des services médicaux.

Manitoba, Saskatchewan, Alberta, Yukon : Les données portent sur tous les Indiens inscrits de la province, dans les réserves et hors des réserves.

Colombie-Britannique : Jusqu'en 1985, les données étaient compilées pour tous les Indiens inscrits de la province. Depuis 1985, aucune donnée n'est disponible. Par conséquent, la C.-B. ne figure dans aucune des statistiques d'ensemble à partir de 1985.

Territoires du Nord-Ouest : Les données portent sur tous les Indiens inscrits, jusqu'en 1986 inclusivement. Comme suite au transfert des services de santé de l'administration fédérale au gouvernement des T.N.-O., les données ne sont plus fournies à la Direction générale des services médicaux. Par conséquent, les chiffres d'ensemble n'incluent pas les Indiens des T.N.-O. après 1986.

Comme les données de 1988 pour les Canadiens n'étaient pas disponibles au moment de la préparation du présent rapport, la plupart des chiffres pour le Canada couvrent la période s'étendant de 1984 à 1987. Les données semblables pour les Indiens inscrits sont des moyennes quinquennales pour les années 1984 à 1988.

3. Conditions sociales

Sources des données

Les données sur les systèmes d'eau et d'égout des logements dans les réserves sont tirées de *Données ministérielles de base, 1990*, document publié par l'AQRS, ministère des Affaires indiennes et du Nord.

Toutes les autres données sur les conditions socio-économiques des Indiens inscrits et des Canadiens sont tirées des données spéciales du recensement du MAINC, 1986, fournies par l'AQRS, ministère des Affaires indiennes et du Nord.

Notes méthodologiques

Les données de recensement comportent certaines limites à cause de la sous-représentation des Indiens inscrits à la fois dans les réserves et hors des réserves.

Quatre-vingt-dix bandes indiennes, ou 136 réserves, n'ont pas participé au recensement de 1986. Comme ces collectivités regroupent environ 45 000 personnes, les données du

recensement comporte une sous-représentation importante des Indiens vivant dans les réserves.

Lors de la mise au point des données spéciales de recensement pour le MAINC, l'AQRS s'est servie des questions 7 à 17 du recensement de 1986 pour identifier la population qui satisfaisait le mieux à la définition d'Indien inscrit selon la Loi sur les Indiens. Les répondants ont eu de la difficulté à répondre à la question 7, mais on a pu minimiser suffisamment le problème afin de pouvoir utiliser les données.

Au moment du recensement de 1986, la population indienne subissait des changements importants au niveau de ses caractéristiques et de sa taille par suite de l'introduction du projet de loi C-31. Ce projet de loi modifie les dispositions de la Loi sur les Indiens qui traitent de l'effectif des bandes et de l'octroi du titre d'Indien inscrit. Le projet de loi vise à éliminer la discrimination basée sur le sexe et l'état matrimonial et à rétablir la qualité d'Indien inscrit à ceux qui y ont droit. On ne connaît pas le nombre de personnes touchées par le projet de loi C-31 qui ont répondu aux questions 7 et 17 qui déterminent le nombre d'Indiens inscrits.

VII. TABLEAUX DE DONNÉES

Tableau 1

POPULATION DES INDIENS INSCRITS

1990

EMPLACEMENT	FEMMES		HOMMES	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Dans les réserves	142 960	48,8	150 244	51,2
Hors réserves	107 454	54,6	89 520	45,4
TOTAL	250 414	51,1	239 764	48,9

Tableau 2

EMPLACEMENT DES RÉSERVES INDIENNES

1989

ZONE GÉOGRAPHIQUE	INDIENS INSCRITS	
	Nombre	Pourcentage
Urbaine	103 562	37,0
Rurale	108 511	38,8
Éloignée/ Accès spécial	67 590	24,1
TOTAL	279 663	100,0

Tableau 3

STRUCTURE DE LA POPULATION PAR ÂGE

Indiens inscrits
1990

GROUPE D'ÂGE	FEMMES Nombre	FEMMES Pourcentage	HOMMES Nombre	HOMMES Pourcentage
0-4	21 786	8,7	23 158	9,7
5-9	26 580	10,6	28 178	11,8
10-14	24 981	10,0	25 894	10,8
15-19	25 513	10,2	26 046	10,9
20-24	26 200	10,5	26 715	11,1
25-29	26 523	10,6	25 031	10,4
30-34	22 950	9,2	20 530	8,6
35-39	17 775	7,1	15 396	6,4
40-44	14 182	5,7	12 078	5,0
45-49	10 816	4,3	9 295	3,9
50-54	8 717	3,5	7 036	2,9
55-59	6 997	2,8	5 977	2,5
60-64	5 243	2,1	4 546	1,9
65 +	12 149	4,9	9 884	4,1
TOTAL	250 414	100,0	239 764	100,0

Tous les Canadiens
1990

GROUPE D'ÂGE	FEMMES Nombre	FEMMES Pourcentage	HOMMES Nombre	HOMMES Pourcentage
0-4	908 300	6,8	956 400	7,3
5-9	892 000	6,6	937 600	7,2
10-14	881 100	6,6	927 400	7,1
15-19	902 900	6,7	948 600	7,3
20-24	986 800	7,3	1 018 800	7,8
25-29	1 187 700	8,8	1 185 000	9,1
30-34	1 182 200	8,8	1 165 600	9,0
35-39	1 087 600	8,1	1 065 900	8,2
40-44	984 200	7,3	976 000	7,5
45-49	771 400	5,7	770 700	5,9
50-54	641 000	4,8	633 300	4,9
55-59	614 400	4,6	599 900	4,6
60-64	602 700	4,5	557 900	4,3
65+	1 796 200	13,4	1 279 100	9,8
TOTAL	13 438 300	100,0	13 022 300	100,0

Tableau 4

FACTEURS AFFECTANT LA REPRODUCTION

Indiennes inscrites et Canadiennes
(Pourcentage)

CATÉGORIE	INDIENNES	CANADIENNES
Moins de 25 ans	55,0	28,4
Fumeuses	53,0	31,0
Poids à la naissance <2,5 kg	3,3	5,6
Mortinatalités	9,1	6,2

Les données sur les mères indiennes de moins de 25 ans qui fument sont fondées sur *Base nationale des données sur l'allaitement maternel chez les Indiens et les Inuit: base nationale: sondage sur les pratiques d'alimentation des nourrissons de la naissance à six mois, Canada, 1988, rapport définitif, avril 1990*, de Neima Langer (Ottawa: Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada, 1990).

Les données sur les fumeuses canadiennes se rapportent aux femmes âgées de 15 à 44 ans en 1988. D'après *Le mieux-être des Canadiens et des Canadiennes: Faits saillants de l'enquête Campbell*, de T. Stephens et C.L. Craig, (Ottawa: Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 1990: tableau 15).

Tableau 5

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE

Indiens inscrits et Canadiens
1971, 1981, 1991

GROUPE	1976	1981	1991
Indien inscrit	56,8	62,4	65,7
Indienne inscrite	66,3	68,9	73,9
Canadien	70,2	71,9	74,1
Canadienne	77,5	79,0	81,2

Tableau 6

PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS

Indiennes inscrites et Canadiennes
1984-87/88
(Taux normalisés par âge par 100 000 habitants)

CAUSE DE DÉCÈS	INDIENNES	CANADIENNES
Cancers	130,5	153,4
Maladies de l'appareil circulatoire	271,6	256,2
Maladies respiratoires	87,5	39,0
Blessures/ empoisonnements	115,1	31,2

Tableau 7

TAUX DE MORTALITÉ ATTRIBUABLES AUX ACCIDENTS ET À LA VIOLENCE

Indiennes inscrites et Canadiennes
1984-87/88
(Taux moyen par 100 000 habitants, nourrissons non compris)

GROUPE D'ÂGE	INDIENNES	CANADIENNES
1-14	45,4	10,6
15-24	113,0	24,8
25-44	137,0	22,8
45-64	153,0	31,5
65 et plus	150,0	106,0

Tableau 8

TAUX DE SUICIDE

Indiennes inscrites et Canadiennes
1984-87/88
(Taux moyen par 100 000 habitants)

GROUPE D'ÂGE	INDIENNES	CANADIENNES
14 et sous	2,6	0,2
15-24	26,4	4,6
25-34	19,6	7,2
35-44	19,2	8,8
45-64	18,1	10,3
55-64	16,1	9,0
65 et plus	7,7	7,3

Tableau 9

TAUX DE MORTALITÉ ATTRIBUABLES AUX MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE ET AUX ACCIDENTS

Indiennes
1978-88
(Taux bruts par 100 000 habitants;
moyenne mobile sur trois ans)

ANNÉE	MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	ACCIDENTS
1978-81	134,4	150,4
1979-82	130,6	138,3
1980-83	121,3	125,7
1981-84	116,5	114,2
1982-85	114,5	104,2
1983-86	122,7	108,6
1984-87	114,1	102,3
1985-88	108,1	106,2
1986-88	99,4	97,8

Tableau 10

TAUX DE MORTALITÉ ATTRIBUABLES AU CANCER

Indiens inscrits et Canadiens
1984-87/88
(Taux normalisés par âge par 100 000 habitants)

GROUPE	FEMMES	HOMMES
Indiens inscrits	130,5	134,2
Canadiens	153,4	194,3

Tableau 11

TAUX DE MORTALITÉ ATTRIBUABLES AUX MALADIES RESPIRATOIRES

Indiens inscrits et Canadiens
1984-87/88
(Taux normalisés par âge par 100 000 habitants)

GROUPE	FEMMES	HOMMES
Indiens inscrits	87,5	94,8
Canadiens	39,0	61,9

Tableau 12

ÉTAT DES LOGEMENTS

Logements des Indiens inscrits et des Canadiens
1986
(Pourcentage de l'ensemble des logements)

CONDITIONS	INDIENS DANS LES RÉSERVES	INDIENS HORS RÉSERVES	TOUS LES CANADIENS
Sans chauffage central	37,5	9,5	5,4
Logements surpeuplés	28,9	11,3	1,8

Tableau 13

NIVEAU DE SCOLARITÉ LE PLUS ÉLEVÉ

Indiennes inscrites et Canadiennes
1986
(Pourcentage de la population de 15 ans et plus)

NIVEAU DE SCOLARITÉ	INDIENS DANS LES RÉSERVES	INDIENS HORS RÉSERVES	TOUS LES CANADIENS
Moins d'une 9e année	44,3	25,0	17,6
Au moins des études secondaires	21,7	37,3	54,6

Tableau 14

TAUX D'EMPLOI

Indiens inscrits et Canadiens
1986
(Pourcentage de la population de 15 ans et plus)

SEXE	INDIENS DANS LES RÉSERVES	INDIENS HORS RÉSERVES	TOUS LES CANADIENS
Femmes	22,3	30,8	49,6
Hommes	33,7	44,9	70,0

Tableau 15

REVENU MOYEN DES PARTICULIERS

Indiens inscrits et Canadiens
1985
(Dollars de 1985)

SEXE	INDIENS DANS LES RÉSERVES	INDIENS HORS RÉSERVES	TOUS LES CANADIENS
Femmes	7 756 $	8 848 $	12 615 $
Hommes	10 362 $	13 649 $	23 265 $